

Vertrag

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK - Landesverband NORDWEST

zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),

der IKK classic

(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

der KNAPPSCHAFT,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

über

**die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur
Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit
Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V**

Neufassung vom 11.06.2021

Hinweis: Die Liste der beigetretenen Betriebskrankenkassen finden Sie am Ende des Dokumentes.

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER ÄRZTE

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch qualifizierten Arztes/ Einrichtung (koordinierender Arzt)
- § 4 Antrag auf Teilnahme am DMP
- § 5 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 7 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

- § 8 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

- § 9 Grundlagen und Ziele
- § 10 Maßnahmen und Indikatoren
- § 11 Sanktionen

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

- § 12 Teilnahmevoraussetzungen
- § 13 Information und Einschreibung
- § 14 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 15 Wechsel des koordinierenden Arztes

ABSCHNITT VI – FORTBILDUNG/SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

- § 16 Fortbildung von Ärzten
- § 17 Schulung von Versicherten

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

- § 18 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 19 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV
- § 20 Datenstelle
- § 21 Datenzugang

ABSCHNITT VIII – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

- § 22 Ärztliche Leistungen
- § 23 Vergütung der Ärzte und Abrechnungsbestimmungen

ABSCHNITT IX – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 24 Kosten zur Durchführung des Vertrages
- § 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 26 Übermittlung der Abrechnungsdaten
- § 27 Evaluation
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 29 Laufzeit, Kündigung und Schriftform
- § 30 Salvatorische Klausel

ERLÄUTERUNGEN

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

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte oder zugelassene Ärzte sowie bei Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenhäusern angestellte Ärzte,

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung,

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm,

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie,

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung,

„DSP“ ist die Diabetologische Schwerpunktpraxis,

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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

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

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1	Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3 (Versorgungsebene 1)
Anlage 2	Strukturqualität Hausarzt
Anlage 3	Strukturqualität Pädiater/ pädiatrische Einrichtung
Anlage 4	Antrag auf Teilnahme am DMP
Anlage 5	Qualitätssicherung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 6	Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 7	indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive Datenschutz- und Patienteninformation
Anlage 8	Dokumentationsfrequenz
Anlage 9	Patientenschulungen
Anlage 10	Vergütung und Abrechnungsvoraussetzungen
Anlage 11	Strukturqualität Schulungsarzt

PRÄAMBEL

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Diabetes mellitus auf 3 % bis 6 % der Bevölkerung, wobei der überwiegende Teil an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt ist. Schätzungsweise 300.000 bis 600.000 Kinder und Erwachsene sind vom Diabetes mellitus Typ 1 betroffen¹. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen 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 Betroffenen eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht. Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII / Pumpentherapie) ermöglicht die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Die Partner dieses Vertrages sind sich einig, dass die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der Region Hamburg aufgrund der sehr guten Versorgungsstrukturen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau erfolgt. Die oberste Priorität der Vertragspartner ist es, sicherzustellen, dass dieser erreichte Qualitätsstandard für den Standort Hamburg auch für die Zukunft erhalten bleiben soll. Um dies zu gewährleisten wird die Implementierung dieses DMP für Diabetes mellitus Typ 1 im KV-Bereich Hamburg vereinbart. Die vertraglichen Anpassungen der Neufassung des Vertrages vom 01.07.2021 berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7, sowie der RSAV festgelegt.

¹ Stand 14. Nachtrag vom 27.05.2020:

Aktuell haben in Deutschland etwa 6,9 Mio. Menschen Typ-2-Diabetes und 32.000 Kinder- und Jugendliche sowie 340.000 Erwachsene einen Typ-1-Diabetes (Quelle: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020, Hrsg. DDG und diabetesDE).

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH). Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 8 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 beteiligten Ärzte und der teilnehmenden Krankenkassen erfolgen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm, die von den Vertragspartnern angestrebt werden, sind in der Nummer 1.3.1 der Anlage 7 sowie für Kinder und Jugendliche in der Nummer 1.7.1 der Anlage 7 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnittes II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
 2. Versicherte, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben, die entsprechende Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.
- (2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:
 1. Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.
 2. Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 22 bis 23 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

ABSCHNITT II TEILNAHME DER ÄRZTE

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxis, koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte/Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte für den diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektor sind Vertragsärzte, Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP), zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind und jeweils die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 oder Anlage 3 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 oder 3 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) In begründeten Einzelfällen kann als koordinierender Arzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen muss, teilnehmen. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation nach Maßgabe der Anlage 2 mit einem nach Abs. 2 teilnehmenden Arzt erfolgen.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach § 4 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach.
- (6) Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt die Koordination grundsätzlich durch einen Arzt, der die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 3 erfüllt. Bei Jugendlichen unter 21 Jahren ist dies fakultativ möglich. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen, der die Strukturqualität der Anlage 1 erfüllt. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem am Vertrag teilnehmenden Arzt erfolgen, der die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 3 erfüllt.
- (7) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 11 erfüllen und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
- (8) Ärzte nach Abs. 7 können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung.
- (9) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Beachtung der in Anlage 7 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer am Vertrag teilnehmender Ärzte unter Beachtung der in Anlage 7 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 13 sowie die elektronische Erfassung am Ort der Leistungserbringung und die Weiterleitung binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist ebenfalls binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu übermitteln. Der Arzt hat vor Versendung der Dokumentation sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Im Übrigen gilt die im § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV benannte Frist zu Übermittlung der Dokumentationen.
 4. die Vergabe einer DMP-Fallnummer seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen („0“ – „9“) bestehen darf und jeweils nur für einen Patienten verwendet werden darf,
 5. die schriftliche Information der Versicherten über die übermittelten Dokumentationsdaten mittels Ausdruck der übermittelten Daten,
 6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 7. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,

8. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Nummer 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 7 DMP-A-RL. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Arzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln nach Nummer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL zu beachten. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 BMV-Ä zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z.B. einer DMP-Schulung oder weiteren in der Nummer 1.8 der Anlage 7 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben ist. Erlangt der koordinierende Arzt Kenntnis vom Ende der Teilnahme seines Patienten am DMP (z.B. durch Mitteilung der Krankenkasse des Patienten) und eine zeitnahe erneute Einschreibung des Patienten ist nicht in Aussicht, sollte der koordinierende Arzt die im Rahmen des DMP mitbehandelnden Ärzte über die Teilnahmebeendigung informieren,
9. bei Vorliegen der in Nummer 1.8.3 Anlage 7 DMP-A-RL genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus vorzunehmen,
10. bei Überweisung und Einweisung
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 8, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
11. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Nummer 1.8.4. der Anlage 7 DMP-A-RL. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften im SGB IX und
12. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für unplausible Dokumentationen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Antrag auf Teilnahme am DMP

Der Arzt beantragt unter Nutzung der Anlage 4 die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVH. Wird die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt/MVZ auf dem Formular in Anlage 4 einzutragen. Die Anlage 4 ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.

§ 5

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 teilnahmeberechtigten Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1, 2 oder 3 genannte Strukturqualität erfüllen und ein Teilnahmeantrag nach § 4 vorliegt. Für die regelmäßige jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen sind der Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung sowie die dort gefassten Beschlüsse maßgeblich.
- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:
 - a) Aufhebung der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 - b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 - c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
 - d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.

§ 6

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag vorbehaltlich der Genehmigung durch die KVH, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Nach erfolgter Aufhebung der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Arztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass ein erneuter Teilnahmeantrag gemäß Anlage 4 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2, 3 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen.
- (3) Der Arzt kann seine Teilnahme oder die eines angestellten Arztes gegenüber der KVH schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Eine erneute Teilnahme ist möglich, wenn ein neuer Antrag gem. Anlage 4 gegenüber der KVH gestellt wurde. Abs. 1 gilt entsprechend. Die KVH informiert die Krankenkassen mittels des Leistungserbringerverzeichnisses gemäß § 7 über die Beendigung der Teilnahme.

- (4) Die Teilnahme eines Arztes endet auch bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen. Dies hat der Arzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme eines Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 11.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (6) Endet oder ruht die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 7 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Arztes gemäß § 15 vorzunehmen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formular.
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1, 2 oder 3 näher bezeichneten Voraussetzungen zur Strukturqualität für Ärzte nach § 3 erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 7

Verzeichnisse der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 6. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen in elektronischer Form entsprechend Anlage 6 14-tägig zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS bzw. den Landesprüfdiensten alle 5 Jahre und auf Anforderung zur Verfügung.

- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 6 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. bei Bedarf den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVH,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
 3. der Datenstelle nach § 20 durch die KVH und
 4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.
- (5) Das Teilnehmerverzeichnis kann veröffentlicht werden.

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

§ 8 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das Behandlungsprogramm sind in der Anlage 7 DMP-A-RL definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils gültigen Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG

§ 9 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 5 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 7 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,

- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 5 (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele nach § 9 zugrunde zu legen.
- (2) Die Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 5 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach den Anlagen 2 und 8 DMP-A-RL ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11

Sanktionen

- (1) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen:
 - Verwarnung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Aufhebung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung

Grundsätzlich ergehen die Sanktionen in der genannten Reihenfolge. Das gilt nicht bei schwerer Verfehlung.
- (2) Die jeweiligen Sanktionen werden von der KVH vollzogen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.

ABSCHNITT V

TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 12

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß § 3 DMP-A-RL erfüllt sind. Zusätzlich muss für den Versicherten eine Insulintherapie nach Nummer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL eingeleitet worden sein oder durchgeführt werden. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 2 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.

Die Teilnahmevoraussetzungen gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird (Nummer 3.1 der Anlage 7 DMP-A-RL).

- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (3) Schwangere Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren finden in diesem strukturierten Behandlungsprogramm besondere Berücksichtigung.
- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.

§ 13

Information und Einschreibung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 12 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten über das DMP. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i.V.m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 7, über das DMP und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung der Daten informieren.
- (2) Nach umfassender Information über das DMP kann sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 7 bei einem teilnehmenden Arzt gemäß § 3 einschreiben. Der Versicherte erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 7 zur Teilnahme an dem Behandlungs-

programm bereit, bestätigt den Erhalt der Informationen und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.
- (4) Mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht in der Datenstelle vorliegt.
- (5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an einen teilnehmenden, koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.
- (7) Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so kann er, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, sich erneut in das DMP einschreiben lassen. Der koordinierende Arzt hat die Neueinschreibung vorzunehmen.

§ 14

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 13 Abs. 3 erstellt wurde. Nachdem alle Unterlagen entsprechend § 13 Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse die Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und

scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.

- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch gemäß der Gründe in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel, mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs und mit dem Ende der Programmzulassung.
- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 12 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 15

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

ABSCHNITT VI

FORTBILDUNG/SCHULUNG

§ 16

Fortbildung von Ärzten

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß § 3 umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 4 DMP-A-RL insbesondere mithilfe des Praxismanuals.
- (2) Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildung sind DMP-A-RL-konform.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlage 1-3) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVH nachzuweisen.

- (4) Kenntnisse über Fortbildungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern erworben wurden, müssen nicht wiederholt werden.

§ 17

Schulung von Versicherten

Jeder teilnehmende Versicherte (beziehungsweise dessen Betreuungsperson) erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm, sofern dies vom BAS akkreditiert wurde. Es sind ausschließlich die in Anlage 9 genannten Schulungsprogramme vereinbart. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.

ABSCHNITT VII

ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 18

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben oder erweitern die Aufgaben einer schon bestehenden Gemeinsamen Einrichtung. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 18 sowie die Gemeinsame Einrichtung nach § 19 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und - Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung

der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.

§ 21 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle, die KVH, die Krankenkasse und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

ABSCHNITT VIII VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 22 Ärztliche Leistungen

Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen. Die in den Anlagen 9 und 10 aufgeführten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

§ 23 Vergütungen der ärztlichen Leistungen und Abrechnungsbestimmungen

- (1) Ärzte nach § 3 können die Vergütungen gemäß Anlage 10 für ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebene Versicherte abrechnen.
- (2) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Anlage 10 mit der Ausnahme der GOP 97000 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Die Vergütung für die Erstdokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97000) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 15 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten informiert gemäß § 14 Absatz 5. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden.

- (3) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL entsprechend den Ausprägungen des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist. Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird in Anlage 8 eine Empfehlung ausgesprochen. Die Folgedokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97001) soll je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden. Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden
- (4) Die Datenstelle übermittelt spätestens 8 Wochen nach Ende des Quartals eine Auswertung der eingegangenen Dokumentationen (DMP-Vergütungsdatei). Näheres hierzu regeln die Vertragspartner im Datenstellenvertrag. Die durch die KVH durchzuführende Abrechnungsprüfung erfolgt bei fristgerechter Übermittlung und technischer Verwertbarkeit der Daten unter Berücksichtigung der von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Vergütungsdatei. Näheres hierzu regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.
- (5) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

ABSCHNITT IX SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 24

Kosten zur Durchführung des Vertrags

- (1) Kosten, die durch die nach § 16 notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.
- (2) Kosten für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung übernehmen die Krankenkassen. Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt analog zur Regelungen zur Kostenumlage in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung.

§ 25

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 26

Übermittlung der Abrechnungsdaten

- (1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten - versicherten- und arztbezogen - an die Krankenkassen.
- (2) Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrags über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 27

Evaluation

Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

§ 29

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2008 in der Fassung des 15. Nachtrags vom 01.04.2021. Bereits am Vertrag teilnehmende Versicherte und Ärzte müssen sich nicht erneut in das DMP einschreiben. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 4 Wochen von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind hierbei einzuhalten.
- (4) Bei Wahrnehmung eines Kündigungsrechts sind sich die Vertragspartner einig, dass Verhandlungen zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der Region Hamburg auf dem erreichten Standard aufgenommen werden.
- (5) 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.

§ 30

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.

Hamburg, den 11.06.2021

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

.....
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....
BKK-Landesverband NORDWEST
zugleich für die SVLFG als LKK

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

.....
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

Anlage 1

- Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - **persönlich oder durch angestellte Ärzte** - erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / besonders qualifizierte Einrichtung erfolgen¹.

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

¹ Nummer 1.8.1; Anlage 7 DMP-A-RL

	Voraussetzungen	Nachweis/-form
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis) Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindestpatientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend genannten Weiterbildungsbezeichnungen: • Facharzt für Innere Medizin • Facharzt für Allgemeinmedizin • Praktischer Arzt Führen der Bezeichnung „Diabetologe DDG“ oder Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern und ganz überwiegend diabetologisch spezialisierte Tätigkeit. . Erfahrung im relevanten Umfang in der Betreuung und Behandlung von Typ 1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes Jederzeit eine verfügbare Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma vorhalten (gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung). Sofern die Koordination in begründeten Einzelfällen durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung erfolgen soll, ist bei Antragstellung der Nachweis der engen Kooperation durch die Vorlage eines Kooperationsvertrages mit einem/einer teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater/Einrichtung zu erbringen. Eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und –berufen, insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 7 der DMP-A-RL befolgen. Information durch Arztmanual zu Beginn der Teilnahme	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung
	• Nach Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Vertragsarzt zur Teilnahme an mindestens zwei Diabetes-Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr, die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der AND, den Ärztekammern, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie oder dem Arbeitskreis Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen verantwortet werden oder vergleichbarer Veranstaltungen. • Die regelmäßige Teilnahme an diabetologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln gemäß § 16 dieses Vertrages mindestens sechsmal jährlich.	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen 1 x jährlich

1a) bei Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie	Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis): • ausreichende Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit und in der Neueinstellung von Insulinpumpen, • dauerhafte (mindestens seit 12 Monaten) Betreuung von Patienten mit Insulinpumpen und • Teilnahme an themenbezogenen Fortbildungen	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung,
1b) bei Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen	Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis): • Regelmäßige (mindestens in 2 Quartalen je Kalenderjahr) Betreuung von schwangeren Patientinnen mit Diabetes Typ 1, • Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie und • Teilnahme an themenbezogenen Fortbildungen	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung,
1c) bei Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	Personelle Ausstattung: • Leitung der Einrichtung durch einen diabetologisch qualifizierten Arzt • Mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms • Podologen Angiologen, Radiologen, Gefäßchirurgen (ggf. in vertraglicher Kooperation) • Orthopädieschuhmacher/- techniker (ggf. in vertraglicher Kooperation) • Geschultes medizinisches Assistenzpersonal • Regelmäßige Kolloquien der in die Behandlung des Diabetischen Fußes einbezogenen Kooperationspartner	entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung,
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Zur Schulung und Betreuung der Patienten ist die ganztägige Versorgung durch eine „Diabetesberaterin DDG“ zu gewährleisten. Mindestens eine Volltagskraft muss angestellt sein, deren Wochenarbeitszeit mindestens 38,5 Stunden beträgt oder ggf. mehrere Teilzeitkräfte. Das Beschäftigungsverhältnis muss direkt mit dem oder den Inhaber(n) der diabetologischen Schwerpunktpraxis geschlossen sein. Die Fachkräfte müssen mindestens zweimal jährlich an Fortbildungsveranstaltungen der ambulanten Diabetikerbetreuung (z. B. den allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Diabetesgesellschaft) teilnehmen. Die Fachkräfte müssen über Kenntnisse in Hinblick auf die lokale Wundversorgung verfügen Zusammenarbeit / Kooperation mit: einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in einem(r) medizinischen Fußpfleger/in bzw. Podologen.	entsprechende Beschäftigungs- und Qualifikationsnachweise sind der KVH vorzulegen bei Antragstellung vorzulegen 1x jährlich

3. Apparative und räumliche Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	• Verfügbarkeit eines geeigneten Raumes für die Betreuung durch das qualifizierte nichtärztliche Personal (nicht das Wartezimmer). • Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes) in der Vertragsarztpraxis, • Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • 24 Stunden-Blutdruckmessung, • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma², • EKG, Belastungs-EKG^{3/4}, Sonographie⁷ Doppler- oder Duplexsonographie⁵, • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)	Bestätigung durch Antrag bei Antragstellung
3a) bei Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	• Besonderer Raum mit Behandlungsstuhl (MRSA-Keime) • Verbandmaterial • Chirurgische Ausrüstung, scharfe Löffel, Skalpelle, Pinzetten, Scheren etc. • Geprüfter Sterilisator • OP-Kleidung • Desinfektionsplan • Hygieneplan (Berufsgenossenschaft, Vorschrift BGV C8) • Entlastungsschuhe, orthopädische Orthesen, Unterarmstützen usw. • Digitalkamera zur Dokumentation • Standardisierter Fuß-Erfassungsbogen (digital oder manuell) • apparative Ausstattung zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) • Doppler- oder Duplexsonographie⁸	Bestätigung durch Antrag bei Antragstellung

2 gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung.

3 Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils gültigen Fassung.

4 Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

5 Die Untersuchung kann entweder mit einer Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung oder als Auftragsleistung erbracht werden.

4. Schulungen Die Voraussetzungen sind optional zu Nr. 1 bis 3 zu erfüllen, wenn der Arzt nach Nr. 1 Schulungen anbieten möchte	• Regelmäßige Durchführung von Schulungs- und Behandlungsprogrammen von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 • Erfüllung der Voraussetzungen der Anlage 11 dieses Vertrags.	Bestätigung / Nachweis durch Antrag bei Antragstellung sowie auf Anfrage der KVH (1x jährlich)
--	--	---

Die Überweisungsregelungen nach Nummer 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 7 DMP-A-RL sind in ihrer jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

Anlage 2

- Strukturvoraussetzungen Hausarzt -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - **persönlich oder durch angestellte Ärzte** - erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

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

In begründeten Einzelfällen kann diese Aufgabe auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden. Dabei muss die Betreuung in enger Kooperation mit einem **am Vertrag teilnehmenden** diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung erfolgen¹. **Die Überweisungskriterien der Nummer 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 7 der DMP-A-RL sind zu beachten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

¹ Nummer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

Anlage 3

Diabetologisch qualifizierter Pädiater

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte oder ermächtigte Einrichtungen, zugelassene und ermächtigte Krankenhausärzte die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und die die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt die Koordination grundsätzlich, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater oder eine diabetologisch besonders qualifizierte Einrichtung. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen Arzt oder eine Einrichtung mit Erfahrung in dauerhafter Behandlung (d.h. mindestens 12 Monate) von Kindern und Jugendlichen erfolgen. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen.

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

Voraussetzung	Nachweis	Nachweis/-form
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> ▪ mindestens ein(e) Diabetesberater/in DDG (Es sollen ausschließlich DDG-Beraterinnen eingesetzt werden, die zugleich fortgebildete Kinderkrankenschwestern sind) ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme des nichtärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen Zusammenarbeit mit ▪ einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in	zu Beginn der Teilnahme anschließend 1 x jährlich
3. Apparative Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	▪ Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis ▪ Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen) ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards² ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur naß-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma^{3 4} ▪ EKG ⁴ ▪ Sonographie⁵, Doppler-oder Duplexsonographie⁵	Bestätigung durch Antrag bei Antragstellung

Die Überweisungsregelungen nach Nummer 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 7 DMP-A-RL sind in ihrer jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

² Qualitätsstandards gemäß der Ziffer 1.5.4.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

³ gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils aktuellen Fassung

⁴ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁵ Die Untersuchung kann entweder mit einer Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung oder als Auftragsleistung erbracht werden.

Arztstempel

ANLAGE 4

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen
im Rahmen der Teilnahme an dem DMP Vertrag
Diabetes mellitus Typ 1**

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral für alle Geschlechter verwendet
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ qualifizierte Einrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1).....

2).....

3).....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- ☐ Innere Medizin
- ☐ Pädiatrie
- ☐ Allgemeinmedizin
- ☐ **oder** Praktischer Arzt

Teilnahme

Ich beantrage die Genehmigung als

☐ **diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 des Vertrags)**

☐ und die Durchführung und Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie

☐ und die bei Behandlung von schwangeren Typ 1-Diabetikerinnen

☐ und die Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom

☐ Ich versichere, dass ich ganz überwiegend diabetologisch spezialisiert tätig bin und in relevantem Umfang über Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung von Typ-1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes verfüge.

☐ Mir ist bekannt, dass ich in begründeten Einzelfällen die Betreuung von Kindern und Jugendlichen als koordinierender Arzt übernehmen kann, wenn ich über eine enge Kooperation mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung verfüge.

Ich habe eine enge **Kooperation** mit folgendem diabetologisch qualifizierter Pädiater/folgender diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

oder

☐ **diabetologisch qualifizierter Pädiater (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 3 des Vertrags)**

- ☐ Ich versichere, dass ich ganz überwiegend diabetologisch spezialisiert tätig bin und in relevantem Umfang über Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung von Typ-1-Diabetikern verfüge.

oder

☐ **hausärztlich tätiger Arzt gemäß § 73 SGB V (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 des Vertrags)**

- ☐ Mir ist bekannt, dass ich nur in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung teilnehmen kann.

Ich habe eine enge **Kooperation** mit folgendem/folgender diabetologisch besonders qualifizierten/qualifizierter Arzt/Einrichtung

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

und

☐ **Schulungsarzt (§§ 3 Abs. 7 i. V. m. Anlage 1, 2 oder 3 sowie 9 und 11 des Vertrags).**

- ☐ Ich möchte Patientenschulungen gemäß der Anlagen 9 und 11 durchführen.
Den dafür vorgesehenen Antrag und die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Bestätigung und Einverständnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich das Arztmanual zur Kenntnis genommen habe.
- ich die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele einhalte,
- ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- ich bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften 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, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- ich die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

- Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe an Patientendaten an Dritte
- erfüllen.

Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 11 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich.

Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, 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.

Rechtlicher Hintergrund

Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Datenschutz

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 6 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 7 der Vereinbarung
- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 7 dieses Vertrages sowie auf dem Internetauftritt der KVV.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf berührt nicht die bis dahin erfolgte Verarbeitung. Mit dem Zugang des Widerrufs endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht.

Hinweise zur Genehmigungserteilung/Gebührenfestsetzung

Bitte beachten Sie,

- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind
- dass Sie verpflichtet sind, die KVH unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP zu informieren
- dass dieser Antrag gebührenpflichtig ist.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift **Antragsteller/in**

Datum

Unterschrift **Angestellte/r**

Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG
--

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVV ein.

BAG

Datum ab

--	--

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten

Anstellungsdatum

--	--

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel

ANLAGE 5

- QUALITÄTSSICHERUNG -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Version 6.1
Stand: 29.01.2021

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 1

Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL

(Anzuwenden ab 01.07.2021)

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 DMP-A-RL. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	<u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
II. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer 8,5% (69 mmol/mol)	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69 mmol/mol) bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> IIa) Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre: kleiner gleich 20% IIb) Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre: kleiner gleich 10%	IIa) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre IIb) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) größer 8,5% (69 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Zusätzlich: Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert: a) größer 8,5 % (69 mmol/mol) b) größer 7,5 % (58 mmol/mol) kleiner gleich 8,5 % (69 mmol/mol) c) größer gleich 6,5 % (48 mmol/mol) kleiner gleich 7,5 % (58 mmol/mol) d) kleiner 6,5 % (48 mmol/mol)	Zusätzlich: <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (HbA1c-Wert) a) größer 8,5 % (69 mmol/mol) b) größer 7,5 % (58 mmol/mol) kleiner gleich 8,5 % (69 mmol/mol) c) größer gleich 6,5 % (48 mmol/mol) kleiner gleich 7,5 % (58 mmol/mol) d) kleiner 6,5 % (48 mmol/mol) <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer		
III. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten bezogen auf alle eingeschriebene Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 15%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 12 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilmahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts
IV. Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 1	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten sechs Monaten, bezogen auf alle	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation)	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes und Angabe

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 2%	größer 0 während der letzten 6 Monate <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP		der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts
V. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VI. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Injektionsstellen untersucht wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren Injektionsstellen mindestens halbjährlich untersucht wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 3a ISD (Injektionsstellen (bei Insulintherapie)) = „Unauffällig“ ODER „Auffällig“ in den letzten 6 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VII. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetesschulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zielwert: Nicht festgelegt	<u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 18 (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) =	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	b) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern Zielwert: Nicht festgelegt	„Diabetes-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 (Empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Diabetes-Schulung“ }¹ <u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulungen wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		[Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 18 (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Hypertonie-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 (Empfohlene Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ }²		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<i>Fakultativ zusätzlich:</i> <i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Diabetes-Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> <u>kein Zielwert</u>	<u>Zähler:</u> <i>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</i> Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung wahrgenommen) = „Ja“ seit DMP Einschreibung {ODER <i>Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Diabetes-Schulung“ in der Erstdokumentation}</i> <u>Nenner:</u> <i>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> { }^{1,2} Liegt keine Angabe zu Feld 18a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 18a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte)		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VIII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jährlicher Bestimmung der eGFR, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer numerischen Angabe in Feld 2a ISD (eGFR) in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IX. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit AVK, KHK oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht <u>Zielwert:</u> größer gleich 80% Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“] UND/ODER [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ UND/ODER „Schlaganfall“] UND NICHT [Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND/ODER „orale Antikoagulation“]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
X. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin ermittelt wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab dem 11. Lebensjahr ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie <u>Zielwert:</u> größer gleich 90%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer Angabe in Feld 1a ISD (Pathologische -Albumin-Kreatinin Ratio) = „Ja“ ODER „Nein“ in den letzten 12 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter größer gleich 10 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP UND NICHT [(Feld 4 ISD (Spätfolgen) = „Diabetische Nephropathie“ ODER Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Nierenersatztherapie“)]	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
XI. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens einmal jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre Zielwert: größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Angaben in Feld 3 ISD (Fußstatus) in den letzten 12 Monaten [[1. Pulsstatus „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [2. Sensibilitätsprüfung „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [3. weiteres Risiko für Ulcus „Fußdeformität“ ODER „Hyperkeratose mit Einblutung“ ODER „Z. n. Ulcus“ ODER „Z .n.	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Amputation“ ODER „ja“ ODER „nein“] UND [4. Ulkus „oberflächlich“ ODER „tief“ ODER „nein“] UND [5. (Wund)Infektion „ja“ ODER „nein“]] Nenner: Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monate Teilnahmedauer am DMP		

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsel-entgleisungen	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) (Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation) größer 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) (Begleiterkrankungen) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139 mmHg syst. oder größer 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmer mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Information über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (z. B. Blutdruckbroschüre); maximal einmal pro Jahr
III. Hoher Anteil von Teilnehmer, die ihren individuell vereinbarten HbA1c-Zielwert erreicht haben	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 20 (ISD) (HbA1c-Zielwert) in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen „Zielwert noch nicht erreicht“	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 in Feld 3 (ISD) (Fußstatus) innerhalb von 12 Monaten die Angabe zu „1. Pulsstatus“ = „auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „2. Sensibilitätsstörung“ = „auffällig“ ein- oder mehrmals angegeben ist, UND/ODER, die Angabe zu „3. Weiteres Risiko für Ulcus“ = „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus“ ein oder mehrmals angegeben ist, UND/ODER die Angabe zu „4. Ulcus“ = „oberflächlich oder „tief“ ein oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „5. (Wund)Infektion“ = ja ein oder mehrmals angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Fuß, Möglichkeiten der Mitbehandlung in diabetischen Fußambulanzen o.ä. (evtl. regionale Infos, Adressen); maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
V. Hoher Anteil an augenärztlichen Untersuchungen	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 21 (ISD) (ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation) nicht mindestens einmal in 24 Monaten „durchgeführt“ oder „veranlasst“ angegeben ist	V: Infos über Diabetes-Komplikationen und Folgeschäden am Auge, Notwendigkeit einer regelmäßigen augenärztlichen Untersuchung; maximal einmal innerhalb von 24 Monaten
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
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung(en) und/oder Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 8

Anlage 6

- Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 1

Version:	03
Gültig ab:	01.07.2019
Stand:	26.06.2019

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = numerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von numerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ´0´ - ´9´ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen gemäß ISO 8859-15 zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme*	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme*	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltable in Anhang 1 Keine Mehrfachangaben zulässig.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltable in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder – sofern vertraglich vereinbart – „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, z. B.:

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A	01
123456701	[...]	01.01.2016		A	01,36

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen gemäß der jeweils vertraglich vereinbarten Strukturqualität	
A = Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt/ Einrichtung gemäß den Anforderungen an die Strukturqualität (ausgenommen diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind in der Regel koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Hierzu ist die vertragliche Vereinbarung zu beachten.	
B = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie fachärztlicher Internist (in Ausnahmefällen) - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „B“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - In der Versorgungsebene „B“ nehmen ebenfalls Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin teil, sofern sie nicht als diabetologisch besonders qualifizierter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „C“ teilnehmen. - Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Hierzu ist die vertragliche Vereinbarung zu beachten.	
C = Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin - Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „C“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. - Ärzte der Versorgungsebene „C“ sind in der Regel koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Hierzu ist die vertragliche Vereinbarung zu beachten.	

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durch- führbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)	<i>alle</i>	
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
11	Diabetesbuch für Kinder	<i>DM1</i>	
12	Jugendliche mit Diabetes	<i>DM1</i>	
13	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
23	HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
31	PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	<i>DM1, KHK</i>	
34	Behandlung Insulinpumpentherapie	<i>DM1, DM2</i>	
35	Behandlung Diabetisches Fußsyndrom	<i>DM1, DM2</i>	
36	Behandlung schwangere Frauen	<i>DM1</i>	

Krankenhaus-IK

- 06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Krankenhaus-IK

- 06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

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

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

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

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

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

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

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

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

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

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

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

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

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

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

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

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

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

Koordination Ihrer Behandlung

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

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

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

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

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

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

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

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

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

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

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

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

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

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

Anlage 8

- Dokumentationsfrequenz -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

Dokumentation alle 3 Monate	Dokumentation alle 6 Monate
➤ Patienten mit Erstdiagnose Diabetes mellitus Typ 1 im ersten halben Jahr nach der Einschreibung ➤ Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 mit ➤ nicht stabil eingestelltem Blutzucker und/oder ➤ nicht stabil eingestelltem Blutdruck oder ➤ mit mindestens einer der aufgeführten Begleit- oder Folgeerkrankungen: KHK, Herzinfarkt, pAVK, Schlaganfall, diab. Nephropathie, Nierenersatztherapie, proliferative Retinopathie, Blindheit, diab. Fuß / Amputation, diab. Neuropathie ➤ bei Kindern und Jugendlichen: keine altersgerechte körperliche Entwicklung	➤ Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 1 ➤ mit stabil eingestellten Blutzucker und ➤ mit stabil eingestelltem Blutdruck ➤ ohne Folgeerkrankungen und ➤ ohne Begleiterkrankungen ➤ bei Kindern und Jugendlichen: altersgerechte körperliche Entwicklung

Anlage 9

- Patientenschulungen -

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Definition der abrechnungsberechtigten Ärzte

1. Ärzte nach § 3 Abs. 2 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils vorgesehenen Qualitätsanforderungen für Schulende (Anlage 1 bzw. 3 i.V.m. Anlage 11) zu erfüllen. Ärzte und deren nichtärztliches Personal haben der KVH die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die sie zur Durchführung einer angebotenen Schulung qualifiziert, nachzuweisen.
2. Ärzte nach § 3 Abs. 2 können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung

Abrechnungsgrundsätze

1. Patientenschulungen dienen der Befähigung der DMP-Teilnehmer zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Es können nur DMP-Teilnehmer geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der DMP-Teilnehmer ist zu berücksichtigen.
2. Die nachfolgenden Schulungsprogramme werden in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage angeboten. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL einzubeziehen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.
3. Jede Unterrichtseinheit entspricht 90 Minuten.
4. Es ist grundsätzlich nur eine strukturierte Schulungsmaßnahme je Schulungsanlass nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) je Patient einmalig abrechnungsfähig.
5. Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Die Schulungen 2 (Diabetes Buch für Kinder) und 3 (Jugendliche mit Diabetes) können nicht wiederholt werden.
6. Bei Schulungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben, soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen. Grundsätzlich erfolgen alle Schulungen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogrammes in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert wird. Wird eine Schulung nicht innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert, ist die Wiederholung der

Schulung frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Schulungen, die in der Zwischenzeit fortgesetzt werden sollen, bedürfen der Begründung des Arztes und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen.

7. Wurden die Versicherten bereits vor Inkrafttreten der Neufassung (In Kraft getreten zum 01.07.2021) geschult, so ist eine weitere Schulung aus demselben Schulungsanlass frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Versicherte, die vor Inkrafttreten der Neufassung eine Schulung begonnen haben, sollen diese spätestens bis zum 31.12.2021 beenden.
8. Die Kosten für das Schulungsmaterial erstatten die Krankenkassen pro teilnehmendem DMP-Teilnehmer einmalig je Schulungsprogramm.
9. Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den nachfolgenden Pauschalen für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten.

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
1	Typ 1-Diabetes Je nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 1: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	Für alle Patienten mit Typ 1-Diabetes Gruppe bis zu 4 Patienten	12 UE à 25,00 €	97006	97006W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 1	Pro Patient	9,50 €	97007	-
		Schulung 2: Diabetes Buch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre)	Pro Patient Restbestände sind aufzubrauchen. Die 4. Auflage des Diabetes Buch für Kinder ist nicht verwendungsfähig und ist nicht Schulungsprogramm der Anlage 9.	19,90 €	97010	-
		Schulung 3: Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	Pro Patient	99,00 €	97013	-
		Schulung 4: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung – ICT-Module (Krakow et al.)	Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	97011	97011W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 4	Pro Patient	9,00 €	97012	-
		Schulung 11: PRIMAS – „Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1 –Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie“	Pro Patient Gruppen von 3-8 Patienten	12 UE à 25,00 €	97008	97008W
		Schulungsmaterial für Schulung 11	Pro Patient	14,00 €	97009	-

DMP Diabetes mellitus Typ1 Vertrag mit KV Hamburg – Anlage 9 - Neufassung vom 11.06.2021

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
2	Hypertonie bei Patienten mit Typ 1-Diabetes Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 5: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus Gruppe bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	97014	97014W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 5	Pro Patient	9,50 €	97015	-
		Schulung 6: Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus	4 UE à 20,00 €	97016	97016W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 6	Pro Patient	9,50 €	97017	-
		Schulung 8: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung, Modul Hypertonie (Krakow et al.)	Gruppen von 4- 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	97023	97023W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 8	Pro Patient	9,00 €	97024	-
3	Seltene Sonderfälle Diese Schulungen kommen nur bei Patienten mit Typ 1-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unterzuckerungswahrnehmung zum Einsatz. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 10: HyPOS (Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM1	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Kreislauferkrankungen, Demenzerkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft	5 UE à 25,00 €	97027	97027W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 10	Pro Patient	9,00 €	97028	-

Anlage 10 – Vergütungen und Abrechnungsvoraussetzungen

Für ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebene Versicherte können **Ärzte**, die **gemäß § 3** am Vertrag teilnehmen, nachfolgende Sondervergütungen abrechnen.

<u>Ärztliche Leistung</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie die fristgerechte Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen an die Datenstelle inkl. Versandkosten	25,00 EURO	97000
Beratung und Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentationen sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 EURO	97001

Für ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebene Versicherte können **Ärzte**, die **gemäß § 3 Abs. 2** am Vertrag teilnehmen, nachfolgende Sondervergütungen abrechnen.

<u>Nr.</u>	<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungsbestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
1	Transitions-Komplex Pädiatrie (ärztlich) • Thematisierung der Transition • Besprechung einer wohnortnahen diabetologischen Betreuung • Aufgabe an die Jugendlichen: neue Diabetes-Praxis suchen • Besprechung der Diabetespässe und DPV-Langzeit-Dokumentation über den gesamten Behandlungszeitraum • Besprechung der Eigenverantwortung in der Erwachsenen-Diabetologie • Besprechung des Arztwechsels im DMP	• Einmalig im Erlebensfall • Nur durch teilnehmende Pädiater gemäß § 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 3 abrechenbar	25,00 EURO	97030
2	Transitions-Komplex Erwachsenen-Diabetologie • Erstkontakt mit dem Jugendlichen. • Erhebung der speziellen Diabetes-Vorgeschichte, möglicher Folgeschäden, der bisherigen Therapie, evtl. vorhandener Insulinpumpe, rtCGMS. • Verpflichtender Kontakt mit dem zuvor betreuenden Kinderdiabetologen (Telefon/Video), vorzugsweise gemeinsam mit dem Patienten. Übernahme des DMP mittels Folgedokumentation mit Markierung „Arztwechsel“.	• Einmalig im Erlebensfall • Nur durch teilnehmende Ärzte gemäß § 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1 abrechenbar	25,00 EURO	97030D

<u>Nr.</u>	<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungs- bestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
3	Betreuungspauschale (ärztlicher Bereich) für Diabetologische Schwerpunktpraxis für - kontinuierliche qualifizierte Versorgung / Behandlung - besondere Aufwendungen im Zusammenhang mit § 3	• Einmal im Behandlungsfall	56,24 EURO	97002
4	Ersteinstellung bei erstmaliger Diagnose von Diabetes mellitus Typ 1 mit Diagnostik auf eine intensivierte Insulintherapie. Dieser Leistungskomplex beinhaltet alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeiten des qualifizierten nichtärztlichen Personals und die vollständige körperliche Untersuchung.	• Abrechnung einmal je Erlebensfall	50,00 EURO	97003
5	Ersteinstellung einer Pumpentherapie bei vorheriger intensivierter Insulintherapie mittels multipler Injektionen. Dieser Leistungskomplex beinhaltet alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeiten des qualifizierten nichtärztlichen Personals und die vollständige körperliche Untersuchung.	• Abrechnung einmal je Erlebensfall und nur bei vorheriger Genehmigung des Hilfsmittels Insulinpumpe durch die jeweilige Krankenkasse	200,00 EURO	97004
6	Betreuung einer schwangeren Typ 1- Diabetikerin über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft. Dieser Leistungskomplex beinhaltet: ▪ alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeiten des qualifizierten nichtärztlichen Personals, die körperliche Untersuchung ▪ individualisierte Einzelberatung durch eine Diabetesberaterin mit Insulindosisanpassung zur Beratung zur euglykämischen Stoffwechselführung und den Besonderheiten in der Schwangerschaft.	• pro Quartal, maximal 3 Quartale berechnungsfähig	131,00 EURO	97005

Augenärzte können für ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebene Versicherte folgende Leistung abrechnen:

<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungs- bestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Dokumentation des Augenbefundes nach augenärztlicher Untersuchung einschließlich Netzhaut-untersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie und die Information an den überweisenden Arzt	• Abrechnung einmal im Krankheitsfall • für DMP-Teilnehmer ab dem 11. Lebensjahr auf Überweisung eines teilnehmenden Arztes nach § 3 dieses Vertrages	5,00 EURO	97022

Für Patientinnen mit gesichertem **Gestationsdiabetes (ICD-10-GM = O24.4)**, für die eine Einschreibung ins DMP nicht stattfindet, können **Ärzte** nach **§ 3 Abs. 2 i.V.m. Anlage 1** folgende Leistung abrechnen:

<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungs- bestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Betreuung einer Frau mit Gestationsdiabetes über den Zeitraum der Schwangerschaft ab Diagnosestellung. Dieser Leistungskomplex beinhaltet: ▪ alle ärztlichen Gesprächsleistungen, alle Tätigkeiten des qualifizierten nichtärztlichen Personals, die körperliche Untersuchung ▪ individualisierte Einzelberatung durch eine Diabetesberaterin zur euglykämischen Stoffwechselführung und den Besonderheiten in der Schwangerschaft. Individualisierte Ernährungsberatung im Schwangerschaftsverlauf und Motivation zu regelmäßiger körperlicher Aktivität.	• pro Quartal, maximal 3 Quartale berechnungsfähig • Die Abrechnung weiterer Leistungen, mit Ausnahme der Leistung 97032 ist nach diesem Vertrag ausgeschlossen.	120,00 EURO	97031
Individualisierte Einzelberatung zur Insulindosisanpassung bei Frauen mit einem Gestationsdiabetes, die Insulin spritzen müssen.	• pro Quartal, maximal 3 Quartale berechnungsfähig • Die Abrechnung weiterer Leistungen, mit Ausnahme der Leistung 97031 ist nach diesem Vertrag ausgeschlossen.	50,00 EURO	97032

Anlage 11

– Strukturqualität Schulungsarzt

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1

Strukturqualität Schulungsarzt

Ärzte gemäß § 3, die im Rahmen des Disease-Management-Programms Schulungen anbieten dürfen, haben die nachfolgenden Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen. Der Nachweis wird gegenüber der KV Hamburg erbracht.

(1) Notwendige Ausstattung

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulung ermöglichen,
- Curricula und Medien der angebotenen Schulungen müssen vorhanden sein.

(2) Qualifikation des Leistungserbringers, ärztliches Personal

- Der ärztliche Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen.

(3) Qualifikation des Leistungserbringers, nichtärztliches Personal

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

Näheres ergibt sich aus dem jeweils angebotenen Schulungsprogramm.

Die 24-stündige Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes muss gewährleistet sein.

Die Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms erfolgt zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen.

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg

Stand: 01.07.2021

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße	63785	Obernburg
105530422	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
104626903	BKK BPW Bergische Achsen KG	Ohler Berg 1	51674	Wiehl
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
103525567	BKK der SIEMAG	Wiesenstraße 30	57271	Hilchenbach
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK DürkoppAdler	Potsdamer Str. 190	33719	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
103725547	BKK Herford Minden Ravensberg	Am Kleinbahnhof 5	32051	Herford
105530331	BKK HERKULES	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Abraham-Lincoln-Str. 18	65189	Wiesbaden
103726081	BKK Melitta Plus	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 133	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
101520078	BKK MOBIL OIL	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Rotenburger Str. 15	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102131240	BKK RWE	Welfenallee 32	29225	Celle
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
109723913	BKK VBU	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Bismarckring 64	88400	Biberach
104526376	VIATIV Krankenkasse	Universitätsstr. 47	44789	Bochum
105530126	BKK Werra-Meissner	Straßburger Str. 5	37269	Eschwege
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Am Wöllershof 12	56068	Koblenz
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Röntgenstraße 24-26	22335	Hamburg
108030775	Daimler BKK		28178	Bremen
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Die Bergische BKK	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	Energie BKK	Lange Laube 6	30159	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus BKK	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Brunckstraße 47	67063	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	vivida bkk		78044	Villingen-Schwenningen

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 1 in Hamburg

Stand: 01.07.2021

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen