

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 – Die Innovationskasse
(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 01.10.2026

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

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

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 und Ende der Teilnahme
- § 7 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

- § 8 Medizinische Anforderungen an das DMP 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 Arbeitsgemeinschaft

- § 19 Gemeinsamen Einrichtung
- § 20 Datenstelle
- § 21 Datenzugang
- § 22 Datenaufbewahrung und -löschung

ABSCHNITT VIII – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

- § 23 Vergütung- und Abrechnungsbestimmungen

ABSCHNITT IX – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 24 Kosten zur Durchführung des Vertrages
- § 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 26 Evaluation
- § 27 Laufzeit, Kündigung und Schriftform
- § 28 Salvatorische Klausel

ERLÄUTERUNGEN

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

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte oder zugelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ermächtigte Einrichtungen sowie bei den vorgenannten 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	Mindestinhalte Teilnahmeantrag Arzt
Anlage 5	Qualitätssicherung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 6	Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 7	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive Datenschutz- und Patienteninformation
Anlage 8	Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen Diabetes mellitus Typ 1
Anlage 9	Strukturqualität Schulungsarzt

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Diabetes mellitus Typ 1 soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine nach dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) 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 1.6.1 der Anlage 7 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 1. Ärzte in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnittes II dieses Vertrages 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 entsprechenden 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 – Die Innovationskasse erklären und die Vergütungen gemäß § 23 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK – Die Innovationskasse wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK – Die Innovationskasse 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 am DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte für den diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektor sind Ärzte die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 oder Anlage 3 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (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 Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so bestätigt der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (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 9 erfüllen und eine Genehmigung der KVH erhalten haben. Die Ärzte können nach Maßgabe von Anlage 9 Schulungsgemeinschaften errichten.
- (8) Zu den Pflichten der teilnehmenden 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 Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,

8. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Nummer 1.7.2 bis 1.7.4 der Anlage 7 DMP-A-RL. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Arzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln nach Nummer 1.7.1 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 1.7 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 1.7.3 Anlage 7 DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen ist eine Einweisung in das (nächstgelegene), geeignete, am DMP DM1 teilnehmende Krankenhaus vorzunehmen. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen.
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 1.7.4. der Anlage 7 DMP-A-RL. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften im SGB IX,
12. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für unplausible Dokumentationen und
13. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 13 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 mit dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben 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.

Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragsstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung (siehe Anlage 9).

§ 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.
- (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 und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt mit dem Zugang des Genehmigungsbescheides beim Arzt.
- (2) Nach erfolgter Aufhebung der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Arztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass ein erneuter Teilnahmeantrag gemäß § 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 Zugang des Genehmigungsbescheides beim Arzt.

- (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. § 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 DMP endet mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
- (6) Endet 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 erlischt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung am DMP.
- (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 Ärzte

- (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 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) Das Verzeichnis stellen die Krankenkassen dem BAS bei dem Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerlisten dem BAS bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden im

Rahmen der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen (und auf Anforderung) zur Verfügung gestellt.

- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 6 folgenden Personengruppen 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 von den Vertragspartnern zu Informationszwecken veröffentlicht werden. Die Zustimmung des Arztes hierzu wird mit dem Teilnahmeantrag gemäß § 4 erteilt.

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

§ 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1

Die medizinischen Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind in der Anlage 7 DMP-A-RL definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seinen Teilnahmeantrag gemäß § 4 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Die Ärzte sind durch die KVH 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.

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 und Anlage 7 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.7 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) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 7 DMP-A-RL bzw. 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 Anlage 7 DMP-A-RL bzw. § 2 Abs. 4 DMP-A-RL werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und Versicherten.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern jährlich zu veröffentlichen.

§ 11 Sanktionen

- (1) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die in diesem Vertrag genannten 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. Sollte ein Vertragspartner von möglichen Vertragsverstößen teilnehmender Ärzte erfahren, bringt er diese der Gemeinsamen Einrichtung zur Kenntnis.

ABSCHNITT V

TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 12

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend diesem Vertrag 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 § 1 dieses Vertrages 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 DMP besondere Berücksichtigung.
- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses DMP aufgenommen.

§ 13

Information und Einschreibung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 12 Abs. 1 dieses Vertrages teilnahmeberechtigten Patienten umfassend 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 schriftlich oder elektronisch 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 dieses Vertrages bei einem teilnehmenden Arzt gemäß § 3 dieses Vertrages einschreiben. Der Versicherte erklärt sich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 7 dieses Vertrages zur Teilnahme am DMP 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 dieses Vertrages 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 dieses Vertrages an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 dieses Vertrages 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 DMP teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP 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 für die nunmehr zuständige Krankenkasse 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 DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet auch gemäß den Gründen 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, dem neu gewählten koordinierenden Arzt alle therapielevanten Krankenunterlagen und die bisherigen Dokumentationsdaten.

ABSCHNITT VI FORTBILDUNG/SCHULUNG

§ 16 Fortbildung von Ärzten

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß § 3 dieses Vertrages umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 1 gemäß § 4 DMP-A-RL insbesondere mithilfe des Arztmanuals.
- (2) Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte nach § 3 dieses Vertrages 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 dieses Vertrages) 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 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet. Bei den Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden. Es sind ausschließlich die in Anlage 8 dieses Vertrages genannten Schulungsprogramme vereinbart. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.

ABSCHNITT VII

ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 18

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere wird 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 personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 22

Datenaufbewahrung und -löschung

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

ABSCHNITT VIII

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 23

Vergütung und Abrechnungsbestimmungen

Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen und der Patientenschulungen sowie die Abrechnungsbestimmungen sind in Anlage 8 dieses Vertrages geregelt.

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 zu den 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 ist vom Arzt sicherzustellen.
- (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

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.

§ 27

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2026 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2021 in der Fassung des 4. Nachtrags vom 01.10.2025. 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 zum Ende eines jeden Quartals von jedem Vertragspartner 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 behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind hierbei einzuhalten.
- (4) 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.

§ 28

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 _____

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

.....
IKK – Die Innovationskasse

.....
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 Ärzte, 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 1.7.1; Anlage 7 DMP-A-RL

	Voraussetzungen	Nachweis/-form
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis)	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 Pädater/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 zertifizierten diabetes-spezifischen Fortbildungsveranstaltungen mit mindestens 16 Fortbildungspunkten pro Jahr. und/oder • Die regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie mindestens dreimal 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,
1d) bei spezialisierter Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	Anerkennung als „Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG“ (Voraussetzung für Abrechnungsgenehmigung für „Leistungen bei DMP-Teilnehmern mit diabetischem Fußsyndrom“ nach Anlage 8)	entsprechende Nachweise sind bei Antragstellung sowie auf Anfrage der KVH vor Ablauf des Zertifikats vorzulegen
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 Diabetiker-	entsprechende Beschäftigungs- und Qualifikationsnachweise sind der KVH vorzulegen bei Antragstellung vorzulegen 1x jährlich

	betreuung (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.	
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	• Separater Fußbehandlungsraum mit den entsprechenden Instrumenten und Hygienekonzept/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 des DKG-Manuals zum Stellenwert der Ergometrie (Klingenheben-T. et. al.; Kardiologie, 2025;19:227-239)

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 9 dieses Vertrags.	Bestätigung / Nachweis durch Antrag bei Antragstellung
--	---	---

Die Überweisungsregelungen nach Nummer 1.7.2 bis 1.7.4 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 Ärzte, 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 Überweiskriterien der Nummer 1.7.2 bis 1.7.4 der Anlage 7 der DMP-A-RL sind zu beachten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

¹ Nummer 1.7.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Nachweis/-form
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen: Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V	▪ Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin ▪ Innere Medizin ▪ Kinder- und Jugendmedizin ▪ Praktische Ärzte ▪ Nachweis der Betreuung in enger Kooperation mit am Vertrag teilnehmenden diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung (Schwerpunktpraxis) durch Vorlage einer Kooperationsvereinbarung bei Antragstellung ▪ Information durch Arztmanual zu Beginn der Teilnahme. ▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards² ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme an Diabetes-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung oder regelmäßige Teilnahme an von der KV Hamburg anerkannten hausärztlichem Qualitätszirkel, der sich auch mit diabetologischen Themen beschäftigt.	Nachweis zu Beginn der Teilnahme Entsprechende Nachweise sind der KVV auf Anfrage vorzulegen 1 x jährlich
Apparative Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und Therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis: ▪ EKG ▪ Sonographie^{3/4} ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung im venösen Plasma⁵ ▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie, z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament	Bestätigung durch Antrag bei Antragstellung

² Qualitätsstandards gemäß der DMP-A-RL

³ fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils gültigen Fassung

⁴ die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden

5 gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

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 Ärzte oder ermächtigte Einrichtungen, 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 / ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen.

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

[illegible]

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 Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerer/in sind) ▪ Mindestens eine Volltagskraft muss angestellt sein, deren Wochenarbeitszeit mindestens 38,5 Stunden beträgt oder ggf. mehrere Teilzeitkräfte. ▪ 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 Qualitätsstandards¹ ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur naß-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma^{2 3} ▪ EKG ⁴ ▪ Sonographie⁵, Doppler-oder Duplexsonographie⁵	Bestätigung durch Antrag bei Antragsstellung

Die Überweisungsregelungen nach Nummer 1.7.2 bis 1.7.4 der Anlage 7 DMP-A-RL sind in ihrer jeweils gültigen Fassung zu berücksichtigen.

¹ Qualitätsstandards gemäß der Ziffer 1.5.4.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

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

³ Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

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.

Anlage 4: Mindestinhalte des Teilnahmeantrages für Ärzte

zum Vertrag gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern zwischen den Krankenkassen/-verbänden und der KV Hamburg, in Kraft ab 01.10.2026

Der Teilnahmeantrag der Ärzte zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüberhinausgehender Inhalte durch die KVH ist die Zustimmung der Verbände erforderlich. Die formelle Ausgestaltung des Teilnahmeantrages obliegt der KVH.

1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer(n) (BSNR)
- Angabe des Antragstellers zur Tätigkeitsform (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung bei)
- Angabe des Antragstellers, zu welchem Datum die Genehmigung beantragt wird
- Angabe des Ortes der Leistungserbringung

2. Antragsgegenstand

Angabe des Antragstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebenen eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 2**
 - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 2 und Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 1) erfüllt werden.
 - Optional: Teilnahme als diabetologisch spezialisierte Einrichtung zur Versorgung des Diabetischen Fußes. Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 1) erfüllt werden.
 - Optional: Teilnahme als „Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG“ (nach Anlage 1, Nr. 1d))
 - Optional: Dauerhafte Betreuung von Patienten mit Insulinpumpentherapie und regelmäßige Betreuung von schwangeren Patienten mit DM 1. Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 1) erfüllt werden.
 - Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind.
- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 3 für die Teilnahme von Hausärzten (gemäß § 73 SGB V) in Einzelfällen**
 - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt nach § 3 Abs. 3 und Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 2) erfüllt werden.
 - Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind.
- **Koordinierende Versorgungsebene: Genehmigung als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 6 für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen**
 - Ankreuzmöglichkeit zur Beantragung der Teilnahme als DMP-Arzt gemäß § 3 Abs. 4 und Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen (nach Anlage 3) erfüllt werden.
 - Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind.

3. Schulungen

- Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 17 i. V. m. Anlage 8 und Anlage 9 beantragt wird.
- Angabe, welche Schulungsprogramme gemäß Anlage 8 Abschnitt B beantragt werden.
- Bestätigung, dass die erforderlichen Berechtigungen zur Durchführung der beantragten Schulung/en durch entsprechende Schulungszertifikate vom Arzt bzw. von der nichtärztlichen Schulungskraft (Name, Vorname) nachgewiesen werden.
- Bestätigung, dass eine räumliche Möglichkeit für Gruppenschulungen sowie für die Schulungen erforderliche Curricula und Medien vorhanden sind.
- Bestätigung, dass die Anforderungen an die Durchführung der Schulungsprogramme gemäß Anlage 8 und 9 eingehalten werden.
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (Arzt und Schulungskraft) nachzuweisen sind.

4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

- Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.
- Hinweis, dass Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

5. Bestätigungen und Einwilligungen durch den Antragsteller

5.1 Bestätigung bzgl. Kenntnisnahme und Umsetzung der Vertragsinhalte

- Bestätigung des Antragstellers, dass er die Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Kenntnis genommen hat und die vertraglich vereinbarten Inhalte, Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und geltenden Therapieziele des DMP akzeptiert und umsetzt.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er sich zur Einhaltung und Beachtung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 9, der Aufgaben sowie Kooperationsregeln des Abschnitts II und der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV verpflichtet.

5.2 Einverständnis mit der Veröffentlichung von Arztdaten im Leistungserbringerverzeichnis und der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Der Antragsteller erklärt sich mit seiner Teilnahmeerklärung mit der Veröffentlichung der folgenden Daten im Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 6) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Anforderungen einverstanden: Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden, lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer, angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und Versorgungsebenen und Berechtigungen im Rahmen des DMP.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung auch im Internet (Arztauskunft KVH) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und MVZ, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg, die Datenstelle, die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände,

das BAS bzw. den Landesprüfdienst, die Krankenhäuser, die Rehabilitationseinrichtungen sowie die teilnehmenden und teilnahmewilligen Versicherten zustimmt.

- Die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im Leistungserbringerverzeichnis kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Zugang des Widerrufs bei der KVH endet die Teilnahme am Vertrag, einer gesonderten Beendigungserklärung bedarf es in diesem Fall nicht
- Zustimmung des Antragstellers zur Einschaltung der Datenstelle und Ermächtigung, die im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu prüfen und die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gemäß Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen einverstanden ist.

6. Datenschutzrechtliche Hinweise im Rahmen des DMP

- Hinweis, dass der Antragsteller bei der Tätigkeit für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten, Nutzen und Aufbewahren der Daten) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat.
- Hinweis, dass der Antragsteller einmalig vor Versand der Dokumentation (Weitergabe von Patientendaten) an die Datenstelle, vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten einholen muss (Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 7).
- Hinweis, dass der Antragsteller den Patienten bei der Weitergabe von Patientendaten an Dritte über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung informieren muss.
- Hinweis, dass der Antragsteller die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleisten muss.
- Hinweis, dass der anstellende Arzt die umfassende Information angestellter Vertragsärzte für im Rahmen des DMP erbrachte Leistungen in der Vertragsarztpraxis/ Einrichtung übernimmt sowie die Datensicherheit bei der Datenerhebung personenbezogener Daten sowie der Weitergabe von Patientendaten an Dritte gewährleistet.

7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 freiwillig ist und dass die Teilnahme mit vierwöchiger Kündigungsfrist zum Quartalsende beendet werden kann.
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 11 führt (gilt auch für angestellte Ärzte).

8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Teilnahmeantrages frühestens mit Vorlage aller entscheidungsrelevanten Unterlagen erteilt werden kann.
- Hinweis, dass der Antragsteller mit seiner Unterschrift die Kenntnisnahme der einschlägigen Rechtsgrundlagen bestätigt.

- Hinweis, dass der vollständige Vertrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann.
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes /bei angestelltem Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) Unterschrift aller BAG-Mitglieder)

Anlage Qualitätssicherung

Version 7.1 - Stand: 12.11.2025

QUALITÄTSSICHERUNG Diabetes mellitus Typ 1 auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL

Gültig ab: 01.10.2026

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 der DMP-A-RL 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
1. 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
2. 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> 2a) Teilnehmerinnen und Teilnehmer kleiner 30 Jahre: kleiner gleich 20 % 2b) Teilnehmerinnen und Teilnehmer größer gleich 30 Jahre: kleiner gleich 10 %	2a) <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 2b) <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		
3. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit schwerer hypoglykämischer Stoffwechselentgleisung	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten bezogen auf alle eingeschriebenen 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 Teilnahmezeit 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
4. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit 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 eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 8 ISD (Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation) größer 0 während der letzten 6 Monate	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 der Häufigkeit im

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<u>Zielwert:</u> kleiner gleich 2 %	<u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP		Erfassungsbereich des Berichts
5. 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 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Alter größer gleich 11 Jahre Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
6. 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
7. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	a) Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetesschulung im	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD	Entsprechend dem Zeitintervall, das der	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	(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 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Diabetes-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits	Feedbackbericht erfasst	

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 <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	wahrgenommen) = „Diabetes-Schulung“ }¹ <u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) 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 [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 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Hypertonie-Schulung“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	Fakultativ zusätzlich: <i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Diabetes-Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i> <u>Zielwert:</u> Nicht festgelegt	Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ }² UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ seit DMP Einschreibung { ODER Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Diabetes-Schulung“ in der Erstdokumentation }		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		<u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer { }^{1,2} Liegt keine Angabe zu Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult und wird nicht aus dem Nenner ausgeschlossen. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Keine“ in Feld 18a ISD (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.		
8. Hoher Anteil an 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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
9. Hoher Anteil an 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, Herzinfarkt oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht <u>Zielwert:</u> größer gleich 80 %	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „AVK“ UND/ODER „KHK“] UND/ODER [Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „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
10. 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 elften 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	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		UND NICHT [(Feld 4 ISD (Spätfolgen) = „Diabetische Nephropathie“ ODER Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Nierenersatztherapie“)]		
11. Hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens einmal 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 <u>Zielwert:</u> größer gleich 80 %	Zähler: 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 Ulkus „Fußdeformität“ ODER „Hyperkeratose mit Einblutung“ ODER „Z. n. Ulkus“ ODER „Z. n. Amputation“ ODER „ja“ ODER „nein“] UND [4. Ulkus „oberflächlich“ ODER „tief“ ODER „nein“] UND [5. (Wund)Infektion „ja“ ODER „nein“]] Nenner: Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen größer gleich 18 Jahre mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung schwerer 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmern 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 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, 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 über die Wichtigkeit einer adäquaten Glukoseeinstellung; 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“ einmalig oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „2. Sensibilitätsprüfung“ = „auffällig“ einmalig oder mehrmals angegeben ist UND/ODER, die Angabe zu „3. weiteres Risiko für Ulkus“ = „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulkus“ einmalig oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „4. Ulkus“ = „oberflächlich“ oder „tief“ einmalig oder mehrmals angegeben ist UND/ODER die Angabe zu „5. (Wund)Infektion“ = „ja“ einmalig oder mehrmals angegeben ist	V: Information 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 UND Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter größer gleich 11 Jahre	V: Information 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 zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner bzw. indikationsübergreifender Datensatz nach Anlage 2 der DMP-A-RL
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz nach Anlage 8 der DMP-A-RL

Erläuterung: Unter Teilnehmerinnen und Teilnehmern sind hier die am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten gemeint

Technische Anlage

zur

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

Version:
Gültig ab:

05
05.05.2026

Autoren:

**Verbände und Vertreter der
Krankenkassen auf Bundesebene**

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 Sicherheit 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. Die Angaben zu beendeten Arztteilnahmen werden für einen Zeitraum von sieben Jahren nach Beendigung der DMP-Teilnahme mit aufgeführt. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesamtes für Soziale Sicherheit 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 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/Überschrift“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile '1' vorgegeben.

Die Spalte „Anzahl Stellen“ 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“ mit „M“ und Kann-Datenelemente mit 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	Anzahl Stellen	Feld-Typ	Feld-Art	Inhalt/Erläuterungen
A	LANR	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 Schlüsseltabelle in Anhang 1 Keine Mehrfachangaben zulässig.
Q	Berechtigung*	...45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder – sofern vertraglich vereinbart – „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Berechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, 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. - Ärzte der Ebene A können Patientenschulungen durchführen, wenn sie die vertraglich geregelten Anforderungen für Schulende erfüllen. Die Schulungsprogramme werden durch die Berechtigung in Spalte 1 des Anhangs 2 kenntlich gemacht.
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. - Ärzte der Ebene B können Patientenschulungen durchführen, wenn sie die vertraglich geregelten Anforderungen für Schulende erfüllen. Die Schulungsprogramme werden durch die Berechtigung in Spalte 1 des Anhangs 2 kenntlich gemacht.
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. - Ärzte der Ebene C können Patientenschulungen durchführen, wenn sie die vertraglich geregelten Anforderungen für Schulende erfüllen. Die Schulungsprogramme werden durch die Berechtigung in Spalte 1 des Anhangs 2 kenntlich gemacht.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	
02	Arzt koordiniert nicht	
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie (P) – als Präsenzschiulung (V) – als Schulung im Videoformat ¹	
11	Diabetes-Buch für Kinder <i>* nicht evaluiert, Bestandsschutz</i>	
12	Jugendliche mit Diabetes* <i>* nicht evaluiert, Bestandsschutz</i>	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (P) – als Präsenzschiulung (V) – als Schulung im Videoformat ¹	
23	HyPOS (Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement) <i>*nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM1</i> <i>*nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenz-Erkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft.</i>	
31	PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	
34	Behandlung Insulinpumpentherapie	
35	Behandlung Diabetisches Fußsyndrom	
F	Anerkennung als „Zertifizierte Fußbehandlungseinrichtung DDG“ (Voraussetzung für Abrechnungsgenehmigung für „Leistungen bei DMP-Teilnehmern mit diabetischem Fußsyndrom“ nach Anlage 8)	
36	Behandlung schwangere Frauen	
50	INPUT – Selbstbestimmtes Leben mit Diabetes und Insulinpumpe (P) – als Präsenzschiulung (V) – als Schulung im Videoformat ¹	

¹ Hinweis: Die Kennzeichnung (P) und (V) ist nur vorzunehmen, wenn dies vertraglich vereinbart ist.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070FH

Krankenhaus-IK

☐ Diabetes Typ 1

☐ KHK

☐ Asthma

☐ Adipositas Erw.

☐ Brustkrebs

☐ Depression

oder

oder

oder

oder

☐ Osteoporose

☐ Rückenschmerz

☐ Diabetes Typ 2

☐ Herzinsuffizienz

☐ COPD

☐ Adipositas Kinder
u. Jugendliche

☐ Rheumatoide
Arthritis

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

070FH

Krankenhaus-IK



Exemplar für den Arzt

- | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|---|--|--|
| ☐ Diabetes Typ 1 | ☐ KHK | ☐ Asthma | ☐ Adipositas Erw. | ☐ Brustkrebs | ☐ Depression |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | ☐ Osteoporose | ☐ Rückenschmerz |
| ☐ Diabetes Typ 2 | ☐ Herzinsuffizienz | ☐ COPD | ☐ Adipositas Kinder u. Jugendliche | ☐ Rheumatoide Arthritis | |

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

070FH

Krankenhaus-IK



Exemplar für den Patienten

☐ Diabetes Typ 1

☐ KHK

☐ Asthma

☐ Adipositas Erw.

☐ Brustkrebs

☐ Depression

oder

oder

oder

oder

☐ Osteoporose

☐ Rückenschmerz

☐ Diabetes Typ 2

☐ Herzinsuffizienz

☐ COPD

☐ Adipositas Kinder
u. Jugendliche

☐ Rheumatoide
Arthritis

1. Teilnahmeerklärung:

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

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

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

2. Einwilligungserklärung:

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

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

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

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 24.04.2025) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

TTMMJJJJ

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst diese/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 Teilnehmerinnen und 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 oder elektronische Einwilligung auf der 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 Teilnehmerinnen und 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 oder elektronisch 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,
- Adipositas für Erwachsene und Adipositas für Kinder und Jugendliche.

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 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Abschnitt A – Vergütung und Abrechnungsbestimmungen von DMP-Leistungen

1. Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der in der jeweiligen Honorarvereinbarung mit der KVV definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Die in dieser Anlage 8 aufgeführten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.
2. Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen mit der Ausnahme der GOP 97000 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund der Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL. Der koordinierende Arzt bestätigt dabei auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 7 die gesicherte Diagnose und gibt diese bei jeder Abrechnung von Leistungen aus diesem Vertrag an. 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 KVV stellt eine vertragskonforme Abwicklung, Prüfung und Auszahlung der vereinbarten Vergütungen (über das Regelwerk) sicher.
3. 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.
4. 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. 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.

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

5. Die DMP-Leistungen werden entsprechend nachfolgender Tabellen vergütet:

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

<u>Ärztliche Leistung</u>	<u>Abrechnungsbestimmungen</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	Vollständige, plausible und fristgerechte Übermittlung der ED	25,00 EURO	97000
Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentationen sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	Vollständige, plausible und fristgerechte Übermittlung der FD	15,00 EURO	97001

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

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nr.	Leistung	Abrechnungsbestimmungen	Vergütung	GOP
2	Transitions-Komplex Erwachsenen-Diabetologe • 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
3	Betreuungspauschale (ärztlicher Bereich) für Diabetologische Schwerpunktpraxis für - kontinuierliche qualifizierte Versorgung / Behandlung gemäß DMP-A-RL, Anlage 7, Nummern 1.3., 1.4. sowie 1.6	• Einmal im Behandlungsfall	58,00 EURO	97002
4	Ersteinstellung bei erstmaliger Diagnose von Diabetes mellitus Typ 1 mit Diagnostik auf eine intensivierete 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

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nr.	Leistung	Abrechnungsbestimmungen	Vergütung	GOP
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:

Leistung	Abrechnungsbestimmungen	Vergütung	GOP
Dokumentation des Augenbefundes nach augenärztlicher Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung 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

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

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>Abrechnungsbestimmungen</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 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Leistungen bei DMP-Teilnehmern mit diabetischem Fußsyndrom

1. **Ärzte**, die **nach § 3 Abs. 2** am Vertrag teilnehmen und die **zusätzlichen Strukturvoraussetzungen** für die spezialisierte Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach **Anlage 1 gem. Ziffer 1d)** des DMP-Vertrages erfüllen, können für die diabetologisch qualifizierten Leistungen zur Behandlung des diabetischen Fußsyndroms folgende Pauschalen abrechnen:

<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungsbestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Wundbehandlung Erstkontakt Wagner 1-4 - Anamnese (u. a. Labor, Blutdruckmessung, Sensibilitätsprüfung) - Ausführlicher Fußstatus und standardisierte Befunderhebung - Wundbehandlung inkl. Druckentlastung und Infektionskontrolle - Schuh- und Einlagenbegutachtung - Hinweis auf Selbstinspektion und ausreichend Pflege der Füße - Beratung häusliche Wundversorgung - medizinische Beratung - Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto	1x im Krankheitsfall - am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97101, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97104, GOP 97108, GOP 97109	40,00 EUR	97100
Wundbehandlung Folgekontakt Wagner 1 - Untersuchung - Wundbehandlung inkl. Druckentlastung und Infektionskontrolle - Verlaufskontrolle - Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto - Hinweis auf Selbstinspektion und ausreichend Pflege der Füße	max. 8x im Krankheitsfall - am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97104, GOP 97108, GOP 97109	20,00 EUR	97101

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungsbestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Wundbehandlung Folgekontakt Wagner 2 • Untersuchung • Wundbehandlung inkl. Druckentlastung und Infektionskontrolle • Verlaufskontrolle • Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto • Hinweis auf Selbstinspektion und ausreichend Pflege der Füße	• max. 12x im Krankheitsfall • am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97101, GOP 97103, GOP 97104, GOP 97108, GOP 97109	20,00 EUR	97102
Wundbehandlung Folgekontakt Wagner 3 • Untersuchung • Wundbehandlung inkl. Druckentlastung und Infektionskontrolle • Verlaufskontrolle • Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto • Hinweis auf Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße	• max. 12x im Krankheitsfall • am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97101, GOP 97102, GOP 97104, GOP 97108, GOP 97109	25,00 EUR	97103
Wundbehandlung Folgekontakt Wagner 4 • Untersuchung • Wundbehandlung inkl. Druckentlastung und Infektionskontrolle • Verlaufskontrolle • Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto • Hinweis auf Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße	• max. 12x im Krankheitsfall • am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97101, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97108, GOP 97109	25,00 EUR	97104

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

<u>Leistung</u>	<u>Abrechnungsbestimmungen</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
Kenn-Nummer für Abschluss des Wundfalls Ein Wundfall ist abgeschlossen, wenn • die die Folgekontakte auslösende(n) Läsion(en), mindestens zwei Wochen belastungsstabil abgeheilt ist (sind). • nach erfolgter Amputation der Fuß mindestens sechs Wochen belastungsstabil abgeheilt ist. Der Abschluss des Wundfalls ist mit der GOP 97106 und einem Foto zu dokumentieren und bei Bedarf, z.B. im Rahmen einer Qualitätssicherung, vorzulegen.		0,00 EUR	97106
Rezidivvermeidung nach Abschluss des Wundfalls • für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom Untersuchung (Erhebung des angiologischen und neurologischen Fußstatus), Behandlung (Schwielenpflege, Nagelbearbeitung), Beratung, Inspektion des Schuhwerks	• 1x im Behandlungsfall, frühestens ab dem Folgequartal nach Abschluss des Wundfalls (GOP 97106) • im selben Behandlungsfall nicht neben GOP 97100, GOP 97101, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97104	7,50 EUR	97107
Erstkontakt akute DNOAP (Stadium 1 und 2 ohne Wundbehandlung) • Diagnosestellung (Anamnese und klinische Untersuchung sowie Bildgebung durch Röntgen/MRT/CT) • Konsequente Ruhigstellung und Entlastung • Ggf. Einleitung von chirurgischen Maßnahmen • Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto	• 1x im Krankheitsfall • am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97101, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97104, GOP 97109	38,00 EUR	97108
Folgekontakt akute DNOAP (Stadium 1 und 2 ohne Wundbehandlung) • Kontinuierliche Behandlung und Verlaufskontrolle • Dokumentation des Verlaufs im PVS inkl. Foto	• max. 2x im Krankheitsfall • am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 97100, GOP 97101, GOP 97102, GOP 97103, GOP 97104, GOP 97108	12,50 EUR	97109

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

2. Die Abrechnung der Wundbehandlung nach diesem Vertrag bezieht sich auf einen Wundfall und damit auf einen Patienten, unabhängig von der Anzahl der Läsionen und unabhängig davon, ob beide Extremitäten betroffen sind.
3. Ein Wundfall beginnt mit der Abrechnung der GOP 97100. Ein Wundfall ist abgeschlossen, wenn die die Folgekontakte auslösende(n) Läsion(en), mindestens zwei Wochen belastungsstabil abgeheilt ist (sind). Eine Wundheilung nach erfolgter Amputation liegt vor, wenn der Fuß mindestens sechs Wochen belastungsstabil abgeheilt ist. Der Abschluss des Wundfalls ist mit der **GOP 97106 (Kenn-Nummer für Abschluss des Wundfalls)** und einem Foto zu dokumentieren und bei Bedarf, z.B. im Rahmen einer Qualitätssicherung, vorzulegen.
4. Werden zeitgleich zwei oder mehr Wunden mit unterschiedlichem Wagner-Stadium behandelt, ist die GOP des Folgekontaktes für das höhere Stadium anzugeben. Die durchschnittliche Behandlungszeit des diabetischen Fußsyndroms Wagner-Stadium 1 beträgt 6 bis 8 Wochen bzw. bei Wagner-Stadium 2, 3 und 4 bis zu 12 Wochen.
5. Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Vereinbarung und Vergütung der Leistungen zum diabetischen Fußsyndrom zu einem Rückgang von stationären Behandlungen aufgrund des Erkrankungsbilds und damit einhergehend zu einem Rückgang von Minor- und Majoramputationen führen. Sollte dies nicht eintreten, verständigen sich die Vertragspartner zeitnah über die Anpassung der Regelungen.
6. Die Ärzte verpflichten sich zu einem effizienten Einsatz der erforderlichen Verbandmittel. Dazu zählt insbesondere die wirtschaftliche Verordnungsweise von modernen Wundauflagen.

Abschnitt B – Vergütung von Patientenschulungen

1. Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach § 3, die entsprechend Anlage 9 gegenüber der KVH den Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung des angebotenen Schulungsprogramms qualifiziert, für sich und ihr nichtärztliches Personal erbracht und eine Genehmigung der KVH erhalten haben.
2. 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.
3. Die vertraglich vereinbarten 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.
4. Die Dauer der einzelnen Unterrichtseinheiten beträgt 90 Minuten.
5. 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. Abweichend davon darf nach Neu-/Erstverordnung einer Insulinpumpe einmal im Lebensfall die Schulung Nr. 12 (INPUT) erbracht werden, auch wenn bereits eine andere Schulung des Schulungsanlass 1 erbracht wurde.
6. Frühestens nach Ablauf von 8 Quartalen 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.
7. 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.
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.

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

10. Bei der Durchführung von Schulungen (sowohl teilweise als auch in Gänze) im Videoformat, ist neben der GOP der Unterrichtseinheit (UE) des jeweiligen Schulungsprogramms **zusätzlich die GOP 99499 (Kenn-Nummer für Videoschulungen)** im Rahmen der Abrechnung anzugeben. Für die Durchführung von Schulungen im Videoformat sind die in den Anlagen zur Strukturqualität aufgeführten zusätzlichen Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Es dürfen ausschließlich die jeweils gültigen und vom BAS in der verwendungsfähigen Auflage erklärten Patientenschulungen im Videoformat durchgeführt werden.
11. Es sind die nachfolgend aufgeführten Schulungen als Präsenzs Schulung (P) und / oder als Schulung im Videoformat (V) im Rahmen des DMP DM1 erbring- und abrechenbar:

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

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 intensivierete Insulintherapie (P), (V)	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.	22,90 €	97010	-
		Schulung 3: Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	Pro Patient	99,00 €	97013	-
		Schulung 4: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung – ICT-Module (Krakow et al.) (P)	Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	97011	97011W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 4	Pro Patient	9,00 €	97012	-

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
		Schulung 11: PRIMAS – „Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1 –Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie“ (P)	Pro Patient Gruppen von 3-8 Patienten	12 UE à 25,00 €	97008	97008W
		Schulungsmaterial für Schulung 11	Pro Patient	17,90 € Ab 01.01.2027: 19,90 €	97009	-
		Schulung Nr. 12: INPUT - Selbstbestimmtes Leben mit Diabetes und Insulinpumpe (P), (V)	Pro Patient Gruppen von 3-8 Patienten	12 UE à 25,00 €	97020	97020W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 12.	Pro Patient	17,90 € Ab 01.01.2027: 19,90 €	97021	-
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 (P), (V)	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 8:	Gruppen von 4- 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	97023	97023W

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wiederholungs-schulung
		LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung, Modul Hypertonie (Krakow et al.), (P)				
		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, (P)	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, 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	-
Bei der Durchführung von Schulungen (sowohl teilweise als auch in Gänze) im Videoformat, ist neben der GOP der Unterrichtseinheit (UE) des jeweiligen Schulungsprogramms zusätzlich die GOP 99499 (Kenn-Nummer für Videoschulungen) im Rahmen der Abrechnung anzugeben.						

Anlage 8 - Vergütung DMP-Leistungen / Patientenschulungen und Abrechnungsbestimmungen DMP Diabetes mellitus Typ 1

Abschnitt C - Abrechnung Arzt – KVH

- (1) Der teilnehmende Arzt rechnet die erbrachten Leistungen gemäß der Abschnitte A und B unter Angabe der jeweiligen GOP gegenüber der KVH ab.
- (2) In der ärztlichen Abrechnung sind die mit der zu einer Einschreibung in ein DMP führenden Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel zu erfassen. Es gelten die Vorschriften der ICD-Kodierungsrichtlinie des BfARM in der jeweils aktuellen Fassung. Eine entsprechende Positivliste hierzu ist zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich abgestimmt und wird den teilnehmenden Ärzten von der KVH in der jeweils aktuellen Fassung zur Verfügung gestellt. Diese ist als verbindliche Grundlage bei der KVH hinterlegt und wird im Rahmen der durchzuführenden Abrechnungsprüfung verwendet. Der Schweregrad der Erkrankung sowie Komplikationen und Begleiterkrankungen, die im Zusammenhang mit der Indikation stehen, werden zusätzlich bei der Verschlüsselung berücksichtigt. Die Vertragspartner verständigen sich hierzu bei entsprechender Änderung der ICD-Schlüssel bzw. Änderung der DMP-A-RL.
- (3) Ist in einem Abrechnungszeitraum kein zur Einschreibung in das DMP führender ICD-Schlüssel gemäß Abs. 2 (mindestens vierstelliger ICD-10-Code) in den Abrechnungsdaten dokumentiert, werden sämtliche bei dem jeweiligen Patienten angesetzten Vergütungspauschalen des entsprechenden DMPs nicht vergütet. Eine nachträgliche Dokumentation und somit auch eine nachträgliche Vergütung sind nicht zulässig. In dieser Zeit erfolgt die Prüfung durch die KVH mindestens vierstellig.
- (4) Die KVH führt die Abrechnungsprüfung nach Maßgabe geltender gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen durch. Es gelten die Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVH in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die KVH ist berechtigt im Rahmen der Abrechnung gegenüber dem teilnehmenden Arzt die Verwaltungskosten nach der Satzung in der jeweils gültigen Fassung in Abzug zu bringen. Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.
- (6) 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. Die Vertragspartner verständigen sich auf eine regelmäßige Analyse der Umsetzung und Auswirkung der Abrechnungen auf Basis der Vergütungsdatei. Näheres hierzu ist in der DMP-Vereinbarung zur Vergütungsdatei geregelt.

Abschnitt D - Abrechnung KVH - Krankenkasse

- (1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung. Im Übrigen gelten die gesamtvertraglichen Regelungen in ihren jeweils gültigen Fassungen, soweit sich aus diesem Vertrag keine Abweichungen ergeben
- (3) Auswertung Videoschulungen:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg wird die Häufigkeit der im Videoformat erbrachten Schulungen (= Kenn-Nummer Videoschulungen GOP 99499) jährlich sowie auf Anforderung der Vertragspartner auswerten. Die Ergebnisse der jährlichen Analyse sind den Vertragspartnern bis zum 01. August des Folgejahres im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung DMP (GE DMP) zur Verfügung zu stellen. Die Auswertung umfasst folgende Punkte:

- a. Je DMP Indikation (= DMP-Vertrag) eine Auswertung der Häufigkeit der abgerechneten Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramme im Videoformat / in Präsenz sowie die jeweilige Anzahl der abrechnenden Ärzte.
- b. Je DMP Indikation (=DMP-Vertrag) eine Aufschlüsselung der unter a) ausgewiesenen Anzahl der Unterrichtseinheiten pro Schulungsprogramm im Videoformat auf die abrechnenden Ärzte (Häufigkeitsverteilung)

Über die weitere Ausgestaltung der Auswertungen verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der GE.

Anlage 9

– 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

- Sofern dies laut jeweiligem Schulungscurriculum erforderlich ist, hat der Arzt die erfolgreiche Teilnahme seines nichtärztlichen Personals an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulung 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.

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei Durchführung von Schulungen (teilweise als auch in Gänze) im Videoformat zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindikation von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Schulungsgemeinschaften

Ärzte nach § 3 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