

VERTRAG

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,

dem BKK-Landesverband NORDWEST,

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

der IKK classic,

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

der KNAPPSCHAFT,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

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

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

über

die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137f

SGB V

i. d. F. des 1. Nachtrages ab 1. Januar 2025

Hinweis: Eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen und der IKKn finden Sie am Ende des Dokumentes.

Inhaltsverzeichnis

<u>Erläuterungen.....</u>	<u>4</u>
<u>Übersicht der Anlagen.....</u>	<u>4</u>
<u>Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich.....</u>	<u>5</u>
§ 1 Ziele des Vertrages.....	5
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze	5
<u>Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte</u>	<u>6</u>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt, Versorgungsebene 1)	6
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunkt- praxis, Versorgungsebene 2)	8
§ 5 Antrag auf Teilnahme am DMP	9
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	9
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....	10
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis	11
<u>Abschnitt III - Versorgungsinhalte.....</u>	<u>11</u>
§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2	11
<u>Abschnitt IV - Qualitätssicherung.....</u>	<u>12</u>
§ 10 Grundlagen und Ziele	12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	12
§ 12 Sanktionen	12
<u>Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten</u>	<u>13</u>
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen.....	13
§ 14 Information und Einschreibung	13
§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme.....	14
§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes.....	15
<u>Abschnitt VI – Fortbildung/ Schulung.....</u>	<u>15</u>
§ 17 Fortbildung von Ärzten.....	15
§ 18 Schulung von Versicherten	15
<u>Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle</u>	<u>16</u>
§ 19 Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V	16
§ 20 Gemeinsame Einrichtung.....	16
§ 21 Datenstelle	16
§ 22 Datenzugang	16

§ 23 Datenaufbewahrung und –löschung	16
<u>Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung.....</u>	<u>17</u>
§ 24 Ärztliche Leistungen	17
§ 25 Vergütungen der ärztlichen Leistungen und Abrechnungsbestimmungen.....	17
§ 26 Vergütung für Schulungsmaßnahmen.....	19
<u>Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen.....</u>	<u>19</u>
§ 27 Kosten zur Durchführung des Vertrages	19
§ 28 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	19
§ 29 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	20
§ 30 Evaluation.....	20
§ 31 Laufzeit, Kündigung und Schriftform	20
§ 32 Salvatorische Klausel	21

ERLÄUTERUNGEN

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

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

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung,

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

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

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung,

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung,

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

Personenbezeichnungen werden in diesem Vertrag 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 | Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3 (Versorgungsebene 1) |
| Anlage 2 | Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor/diabetologische Schwerpunktpraxis nach § 4 (Versorgungsebene 2) |
| Anlage 3 | Mindestinhalte des Teilnahmeantrags für Ärzte |
| Anlage 4 | Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis |
| Anlage 5 | Qualitätssicherung |
| Anlage 6 | Vergütung und Abrechnungsvoraussetzungen |
| Anlage 7 | indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung inkl. Patienten- und Datenschutzinformation |
| Anlage 8 | Schulungsprogramme und Vergütung |

ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KVH. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen erfolgen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der koordinierende Arzt spielt eine zentrale Rolle beim Zugang des Versicherten in das DMP und bei der Umsetzung des DMP, auch im Hinblick auf die Einbeziehung insbesondere des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in Nr. 1.3.1 Anlage 1 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Patienten sollen im Hinblick auf die genannten Therapieziele von ihrer Einschreibung profitieren.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 1. Ärzte in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme beantragt 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) 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 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 Ärzte.
 3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 25 bis 26 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der

IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Ärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

ABSCHNITT II - TEILNAHME DER ÄRZTE

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt, Versorgungsebene 1)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind, soweit die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt werden:
 1. Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und
 2. an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende diabetologisch qualifizierte Ärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind und die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 erfüllen. Dies gilt jedoch nur für die Ausnahmefälle, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) 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 Anlage 3 bestätigt der Arzt bzw. bei angestellten Ärzten der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in Anlage 1 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in Anlage 1 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,

3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gem. § 14 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 Ausdrucks der übermittelten Daten,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 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 gem. § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
8. die Beachtung der Kooperationsregelungen gemäß Nr. 1.8 der Anlage 1 DMP-A-RL. Der koordinierende Hausarzt konsultiert die diabetologische Schwerpunktpraxis vor einer Einweisung ins Krankenhaus, sofern es sich nicht um einen Notfall handelt,
9. die Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte. Die Überweisung sollte vorrangig an am DMP teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Hausarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 BMV-Ä zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z.B. einer DMP-Schulung oder weiteren in der Nummer 1.8 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 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.
10. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 1 DMP-A-RL, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zeitnah zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
11. das Führen des Diabetespasses auf Wunsch des Versicherten,

12. die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln und
13. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für unplausible Dokumentationen und
14. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem 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 Nummern 1 – 14 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunkt- praxis, Versorgungsebene 2)

- (1) Die Beteiligung der diabetologischen Schwerpunktpraxen an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als diabetologische Schwerpunktpraxis sind Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmt apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag nach Anlage 3 bestätigt der anstellende Arzt bzw. Leiter des MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden diabetologischen Schwerpunktpraxen gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in Anlage 1 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Mitbehandlung des teilnehmenden Versicherten (unter Beachtung des Vermerks über die DMP-Teilnahme auf dem Überweisungsschein) mit dem Ziel der Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt möglichst inner-

halb von drei Monaten. Bei längerer Behandlung bedarf es einer besonderen Begründung gegenüber dem koordinierenden Arzt. Therapierelevante Informationen sind dem koordinierenden Arzt zu übermitteln.

3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
5. die Krankenhauseinweisung nach Feststellung der medizinischen Notwendigkeit und Absprache mit dem koordinierenden Arzt,
6. die Überweisung per Auftragsleistung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte. Die Überweisung sollte vorrangig an am DMP teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Überweisung an Leistungserbringer nach Nr. 6 therapierelevante Informationen entsprechend Anlage 1 DMP-A-RL, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1 – 7 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

- (6) In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit Diabetes mellitus Typ 2 einen nach § 4 teilnehmenden Arzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für den Arzt gilt in diesem Fall § 3 Abs. 5 entsprechend.

§ 5

Antrag auf Teilnahme am DMP

Der Arzt beantragt mit dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 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 Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 einzutragen. Der Teilnahmeantrag ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 oder § 4 teilnahmeberechtigten Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 oder

2 genannte Strukturqualität erfüllen und ein Teilnahmeantrag nach § 5 vorliegt. Für die regelmäßige jährliche Überprüfung der Strukturvoraussetzungen sind der Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung sowie die dort gefassten Beschlüsse maßgeblich.

- (2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) 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:
- Aufhebung der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
 - Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
 - Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
 - Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.

§ 7

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 § 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2 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. § 5 gegenüber der KVH gestellt wurde. Abs. 1 gilt entsprechend. Die KVH informiert die Krankenkassen mittels des Leistungserbringerverzeichnisses gemäß § 8 über die Beendigung der Teilnahme.
- (4) Die Teilnahme eines Arztes endet bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen. Dies hat der Arzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme eines Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 1.
- (5) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Bescheid der KVH über die Aufhebung der Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag.
- (6) Endet die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gem. § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Arztes gemäß § 16 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 oder 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gem. §§ 3 und 4 führt die KVV ein Verzeichnis gemäß Anlage 4. Die KVV stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen 14-tägig in elektronischer Form entsprechend Anlage 4 zur Verfügung.
- (2) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVV,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 3. der Datenstelle nach § 21 durch die KVV und
 4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.
- (3) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis auch veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVV eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

ABSCHNITT III - VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2

Die medizinischen Anforderungen an das DMP sind in der Anlage 1 DMP-A-RL definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte verpflichten sich durch ihren Teilnahmeantrag gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Die Ärzte sind durch die KVV 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 eingetretene Änderung zu unterrichten.

ABSCHNITT IV - QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10

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 1 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 1 DMP-A-RL,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4 i.V.m. den Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Nr. 2 der Anlage 1 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 5 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Die Maßnahmen entsprechen Anlage 1 DMP-A-RL bzw. § 2 DMP-A-RL und werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und Versicherten nach § 2 Abs. 4 DMP-A-RL.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern i.d.R. jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Sanktionen

- (1) Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen:
 - Verwarnung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - Aufhebung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.Grundsätzlich ergehen die Sanktionen in der genannten Reihenfolge. Das gilt nicht bei schwerer Verfehlung. Über den Ausschluss eines Arztes erteilt die KVH einen Bescheid.
- (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, bringen sie diese der Gemeinsamen Einrichtung zur Kenntnis.

ABSCHNITT V - TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß § 3 DMP-A-RL erfüllt sind. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 1 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (2) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen gehört, dass die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nr. 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 DMP-A-RL gesichert ist oder eine Therapie mit diabetesspezifischen, glukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt.
- (3) Die Teilnahme am DMP schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (4) Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses DMP aufgenommen.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 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, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutz und Patienteninformation entsprechend der Anlage 7, über das DMP und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten informieren.
- (2) Nach umfassender Information über das DMP kann sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 7 bei einem teilnehmenden koordinierenden Arzt gemäß §§ 3 oder 4 einschreiben. Der Versicherte erklärt sich schriftlich oder elektronisch auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 7 zur Teilnahme an dem 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 dieses DMP müssen der Krankenkasse neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden koordinierenden Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,

2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle weiterleitet.
- (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. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt 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.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Nachdem alle Unterlagen entsprechend § 14 Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse den 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) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

§ 16

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. Eine erneute Einschreibung erfolgt nicht. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt ist verpflichtet, die bisherigen Dokumentationsdaten des Versicherten umgehend an den neu gewählten Arzt zu übermitteln, sofern der Versicherte dem zustimmt.

ABSCHNITT VI – FORTBILDUNG/ SCHULUNG

§ 17

Fortbildung von Ärzten

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über die Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2 insbesondere mithilfe des DMP-Arztmanuals.
- (2) Fortbildungen der teilnehmenden Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen sind DMP-A-RL-konform.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlagen 1 und 2) 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 ebenfalls erforderlich sind, müssen nicht wiederholt werden.

§ 18

Schulung von Versicherten

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten, sofern er nicht bereits in den letzten 2 Jahren an einem gleichartigen Schulungsprogramm teilgenommen hat. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (2) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 8 genannten Schulungsprogramme in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig gelisteten Auflage genutzt. Auf Schulungen, deren Inhalte der RSAV sowie der DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 19

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

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

§ 20

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Nr. 1c der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DS-GVO 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.

§ 22

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle, die KVH, die Krankenkasse, die Gemeinsame Einrichtung und die Arbeitsgemeinschaft 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.

§ 23

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

§ 24

Ärztliche Leistungen

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 KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Die in den Anlagen 6 und 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.

§ 25

Vergütungen der ärztlichen Leistungen und Abrechnungsbestimmungen

- (1) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für zur Teilnahme berechnigte Versicherte erhalten koordinierende Ärzte nach § 3 folgende pauschale Vergütung:
 - Für Information, Beratung, die Erstellung der Erstdokumentation und Versandkosten einmalig 25 Euro (**GOP 99191**).
 - Für Erstellung und Versandkosten der Folgedokumentation 15 Euro pro Dokumentation (**GOP 99192**).Ärzte, die nach § 4 (diabetologische Schwerpunktpraxen) am DMP-Vertrag teilnehmen, können ausschließlich die Leistungen nach Anlage 6 des Vertrages abrechnen.
- (2) Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen sowie die Vergütungen in Anlage 6 erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließen eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Die Vergütung für die Erstdokumentation Diabetes mellitus Typ 2 (GOP 99191) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde. Infolge eines Arztwechsels ist gemäß § 16 eine Folgedokumentation zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der

DMP-Teilnehmer zuvor aus dem DMP ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird gemäß § 15 Absatz 4 über das Ausscheiden des Versicherten informiert. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden. Die Folgedokumentation Diabetes mellitus Typ 2 (GOP 99192) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

- (3) Bei einer quartalsmäßigen Dokumentation ist pro Kalenderquartal eine Dokumentation zu erstellen. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden Quartals. Pro Versicherten und Quartal wird höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einer Dokumentationserstellung jedes zweite Quartal wird pro Versicherten und 2 Quartalen höchstens eine Dokumentation vergütet. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden übernächsten Quartals.
- (4) Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen: Dokumentationen sollten jedes zweite Quartal bei Patienten mit manifestem Diabetes mellitus Typ 2 ohne Folgeerkrankungen und ohne Begleiterkrankungen, mit Ausnahme der stabil eingestellten Hypertonie, erfolgen. Ansonsten wird eine quartalsmäßige Frequenz empfohlen.
- (5) Die Datenstelle übermittelt spätestens 8 Wochen nach Ende des Quartals eine Auswertung der eingegangenen Dokumentationen (DMP-Vergütungsdatei). Näheres hierzu regeln die Vertragspartner im Datenstellenvertrag. Die durch die KVH durchzuführende Abrechnungsprüfung erfolgt bei fristgerechter Übermittlung und technischer Verwertbarkeit der Daten unter Berücksichtigung der von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Vergütungsdatei. Näheres hierzu regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.
- (6) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschale GOP 99192 sowie der Pauschalen in Anlage 6, mit Ausnahme der GOP 99191 und 99191S, ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 aufgrund der Vorschriften der RSAV und DMP-A-RL. Die Abrechnung und Vergütung der in diesem Vertrag 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.
- (7) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen über einen Zeitraum von 4 vorliegenden abgerechneten Quartalen ab Inkrafttreten der Vertragsneufassung zum 01.07.2020 und werden über gegebenenfalls notwendige Maßnahmen verhandeln.
- (8) 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. 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.

§ 26

Vergütung für Schulungsmaßnahmen

- (1) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte nach §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulung von Patienten erfüllen und gegenüber der KVH nachgewiesen haben.
- (2) Nach diesem Vertrag können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- (3) Es sind nur die in der Anlage 8 aufgeführten Schulungsmaßnahmen und Kostenpauschalen für Schulungsmaterial abrechnungsfähig und werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

ABSCHNITT IX - SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 27

Kosten zur Durchführung des Vertrages

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

§ 28

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem 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.

§ 29

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

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

§ 30

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

§ 31

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 01.07.2020 in der Fassung des 2. Nachtrages vom 01.01.2023. Ein erneuter Teilnahmeantrag der Ärzte bzw. eine erneute Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende. 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 bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (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.

§ 32

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 dem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hamburg, den 23.08.2023

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Anlage 1

Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3 (Versorgungsebene 1)

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur
Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern

Ärzte, die eine kontinuierliche qualifizierte Versorgung von Diabetikern Typ 2 im Sinne dieser Vereinbarung durchführen, müssen folgende medizinische Qualifikationen - **persönlich oder durch angestellte Ärzte** - aufweisen:

1. Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 SGB V (Versorgungsebene A1) und Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend genannten Weiterbildungsbezeichnungen:
 - Facharzt für Innere Medizin
 - Facharzt für Pädiatrie
 - Facharzt für Allgemeinmedizin
 - Praktischer Arzt
2. An der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte für Innere Medizin, die in Ausnahmefällen koordinierend tätig werden als auch ärztlich geleitete diabetologisch qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind (Versorgungsebene A2).
3. Kenntnisnahme der Informationen durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme
4. Mindestens einmal jährlich Teilnahme an diabetes-spezifischer, von der Ärztekammer zertifizierten, Fortbildung und/oder regelmäßige Teilnahme an von der KV Hamburg anerkannten diabetes-spezifischem Qualitätszirkel.

Sofern der Arzt Schulungen anbieten möchte, sind folgende Voraussetzungen zusätzlich zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die den Arzt sowie das nichtärztliche Praxispersonal zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert
- Die räumliche Ausstattung muss Gruppenschulungen ermöglichen

Anlage 2

Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor/diabetologische Schwerpunktpraxis nach § 4 (Versorgungsebene 2)

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche bzw. diabetologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe sind die Leistungserbringer, die folgende Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Voraussetzungen	Beschreibung
Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	- Fachrichtung Innere Medizin, Allgemeinmedizin; Praktische Ärzte; Pädiater, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung <u>und</u> Schwerpunktbezeichnung „Endokrinologie und Diabetologie“ <u>oder</u> Zusätzliche Weiterbildung Diabetologie DDG <u>oder</u> Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern. - 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 - Schriftliche Information durch Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme - Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort in regionalen Qualitätszirkeln - Zusammenarbeit mit einer für Diabetes geeigneten stationären Einrichtung - Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes (EBM 02311) oder Zusammenarbeit mit einem in der Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung/qualifizierten Arzt
Ärztliche Fortbildung	- Teilnahme an zertifizierter diabetes-spezifischer Fortbildung mit jährlich mindestens 16 Fortbildungspunkten. <u>und/oder</u> - Regelmäßige Teilnahme an einem Qualitätszirkel Diabetologie – mindestens 3 x jährlich

Voraussetzungen	Beschreibung
Nichtärztliche, personelle Voraussetzungen	• Beschäftigung mindestens einer geeigneten Fachkraft (Diabetesberater DDG, Diabetesassistent DDG, Diabetikerberater-Hamburg nach Prüfung und Genehmigung durch die KVH) zur ganz täglichen Versorgung in Vollzeit bzw. entsprechende Anzahl Teilzeitstellen Die Fachkräfte müssen mindestens zweimal jährlich an Fortbildungsveranstaltungen der ambulanten Diabetikerbetreuung (z. B. den allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen der Deutschen Diabetesgesellschaft) teilnehmen. Die Teilnahme ist der KVH nachzuweisen.
Ausstattung der Vertragsarztpraxen:	Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes) <u>Eigene Leistungen</u> • Blutdruck-Messung (gemäß den internationalen Empfehlungen¹) • EKG • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (mindestens Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) • Möglichkeit zur angiologischen Basisdiagnostik • jederzeit verfügbare Labormethode zur nasschemischen Glukosebestimmung im venösen Plasma beim Arzt der Einrichtung • Aceton-Bestimmung/Urin • OGT, verlängerter OGT <u>Als Eigen- oder Auftragsleistungen</u> • 24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) • Belastungs-EKG² • Langzeit-EKG • Endoskopie • Röntgen (nur als Auftragsleistung) • Echokardiographie • Qualitätskontrollierte Methode zur HbA1c-Messung • Doppler-Untersuchungen³ (EBM 30500) • Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) • Mikroalbuminurie-Diagnostik • Urinstatus • Arginin-Bestimmung/Plasma • i. v. Glukose-Toleranzbestimmungen • C-Peptid-Bestimmung/Serum/Plasma/Urin • Insulin-Bestimmung/Serum/Plasma • Proinsulin-Bestimmung/Serum/Plasma

Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	• Diabetologisch qualifizierter Arzt, der auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisiert ist (Genehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes - EBM 02311) • Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung • Regelmäßige Kolloquien der in die Behandlung des Diabetischen Fußes einbezogenen Kooperationspartner
Räumliche/Apparative Voraussetzungen	• Behandlungsstuhl oder –liege • Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik (z.B. Doppler-Ultraschall oder Sonografie) und Fotodokumentation • Voraussetzungen für therapeutische Maßnahmen (z.B. steriles Instrumentarium)
Zusammenarbeit	• mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (z.B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung "Diabetisches Fußsyndrom")

Zusätzliche Strukturvoraussetzungen für die Durchführung von Schulungen

Voraussetzungen	Beschreibung
Personelle Qualifikation	• Vorliegen der Schulungsberechtigung, die Durchführung der Schulungs- und Behandlungsprogramme erfolgt gemäß DMP-A-RL • Teilnahme des nichtärztlichen Fachpersonals an organisierten Seminarveranstaltungen zur Vorbereitung auf die Durchführung von Diabetes-Schulungsprogrammen
Räumliche Voraussetzungen	Schulungsräumlichkeiten (nicht das Wartezimmer) mit erforderlicher Ausstattung. Es muss sich um einen Raum handeln, der vornehmlich für die Gruppenschulung zur Verfügung steht und der über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt. Ein geeigneter Raum für Einzelschulungen muss vorhanden sein.

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

²Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

³fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie der „Vereinbarungen von Qualitätsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils geltenden Fassung

Anlage 3: Mindestinhalte des Teilnahmeantrags für Ärzte

**zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur
Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern**

Der Teilnahmeantrag der Vertragsärzte zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 muss mindestens die nachfolgend aufgeführten Bestandteile beinhalten. Für die Aufnahme darüber hinausgehender Inhalte durch die KVH ist die Zustimmung der Krankenkassen erforderlich. Die formelle Ausgestaltung des Teilnahmeantrags obliegt der KVH.

1. Allgemeine Angaben

- Name und Kontaktdaten des Antragstellers
- Lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (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 Antragsstellers, für welche der nachfolgenden Versorgungsebene eine Genehmigung beantragt wird und Bestätigung, dass die entsprechend vorzuhaltenden Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

- **1. Versorgungsebene:**

Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 3 Abs. 2 Nr. 1 (nach § 73 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassene Ärzte) oder als DMP-Arzt gem. § 3 Abs. 2 Nr. 2

- Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 erfüllt werden
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

- **2. Versorgungsebene:**

Genehmigung als DMP-Arzt gem. § 4 Abs. 2

- Bestätigung, dass die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt werden
- Ankreuzmöglichkeit, ob die Koordination im Ausnahmefall gemäß § 4 Abs. 6 beantragt wird
- Ankreuzmöglichkeit, ob eine Spezialisierung auf die Behandlung des diabetischen Fußes vorliegt und Angabemöglichkeit, mit welcher qualifizierten Einrichtung zusammengearbeitet wird
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Nachweise zu belegen sind

3. Schulungen

- Angabe des Antragstellers, ob die Durchführung von im DMP vereinbarten Patientenschulungen gemäß § 18 i. V. m. Anlage 8 beantragt wird
- Angabe, welches Schulungsprogramm gem. Anlage 8 beantragt wird
- Bestätigung, dass die erforderliche Strukturqualität für einen Schulungsarzt gem. Anlage 1 bzw. 2 erfüllt wird
- Hinweis, dass die Angaben durch entsprechende Schulungszertifikate (für Arzt und Schulungskraft) nachzuweisen sind

4. Hinweise zu den Teilnahmevoraussetzungen

- Hinweis, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und (neben-)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 DMP 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 Vertrags, 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 Arzt-Daten im Verzeichnis der Ärzte, der Einschaltung der Datenstelle; Evaluation

- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Veröffentlichung der persönlichen Daten gemäß Anlage 4 im gesonderten Verzeichnis „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“ und auch im Internet (Arztauskunft KVH) einverstanden ist und auch der Weitergabe des Verzeichnisses „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“ an am Vertrag teilnehmende Vertragsärzte, an die Gemeinsame Einrichtung (GE DMP) Hamburg, an die Datenstelle, an die beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände, an das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden Versicherten zustimmt
- Hinweis, dass die Zustimmung zur Veröffentlichung und Weitergabe der Daten im „Leistungserbringerverzeichnis Diabetes mellitus Typ 2“ jederzeit widerrufen werden kann. 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-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten
- Bestätigung des Antragstellers, dass er mit der Verwendung der Dokumentationsdaten für die Evaluation gem. Abschnitt IX und die Qualitätssicherung gem. Abschnitt IV des Vertrags 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 und Nutzen) personenbezogener Daten die Datensicherheit nach geltenden Vorschriften der EU-Datenschutzgrundverordnung einzuhalten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen hat
- Hinweis, dass der Antragsteller, einmalig vor Weitergabe von Patientendaten an die Datenstelle, vorab für alle folgenden Dokumentationen die freiwillige schriftliche oder elektronische Einwilligung des Patienten einholen muss (Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. 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
- Diese datenschutzrechtlichen Hinweise können alternativ auch im Arztmanual aufgeführt werden.

7. Sonstige Hinweise

- Hinweis, dass die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 freiwillig ist und dass die Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende eines Quartals beendet werden kann
- Hinweis, dass eine Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen zu Maßnahmen gemäß § 12 des Vertrages führt (gilt auch für angestellte Ärzte)

8. Unterschrift und Hinweise zur Genehmigung

- Hinweis, dass die Genehmigung des Antrags 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 2 auf den Internetseiten der KVH nachgelesen werden kann
- Datum, Praxisstempel und Unterschrift (bei angestelltem Arzt Unterschrift des anstellenden Arztes bzw. des MVZ-Leiters)

Anlage 4
Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern

Technische Anlage

zur

Übermittlung der
Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter
Behandlungsprogramme (DMP) für
Diabetes mellitus Typ 2

Version:	04
Gültig ab:	01.10.2023
Stand:	03.02.2023

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0	Grundlage	3
1	Austauschformate	3
2	Dateiaufbau	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Format-Vorgabe Excel-Datei	4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen		6
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN.....		7

0 Grundlage

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

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

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

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

1 Austauschformate

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

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

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

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

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

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

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

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	Feld-Typ	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	...50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	...40	AN	M	
F	Vorname	...40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	...100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	...50	AN	M	
J	Kreis	...50	AN	M	Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.
K	Telefon	...25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	...25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	...50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme*	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme*	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, <u>muss</u> das Feld gefüllt werden.
P	Versorgungsebene*	...15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 1 Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.
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 „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

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

LANR	[...]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[...]	01.04.2015	31.12.2015	A1	01
123456701	[...]	01.01.2016		A1	01,04,06

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V (1. Ebene) • Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt. • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ ist nicht zulässig. • Ärzte der Versorgungsebene „A1“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
A2 = Vertraglich eingebundener fachärztlich tätiger Internist, der gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität diabetologisch qualifiziert ist oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (1. Ebene, Ausnahmefälle) • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig. • In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden. • Ärzte der Versorgungsebene „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
B = Diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß der vertraglich vereinbarten Strukturqualität, der in die 2. Versorgungsebene vertraglich eingebunden ist oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist • Zulässige Mehrfachnennung: „A1,B“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt. • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A2“ und „B“ ist nicht zulässig. • Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebene „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebene „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	Erläuterung	<i>möglich für folgende Indikationen</i>	Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis
01	Arzt koordiniert	<i>alle</i>	
02	Arzt koordiniert nicht	<i>alle</i>	
04	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	<i>DM2, KHK</i>	
05	MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2	<i>DM2, KHK</i>	
06	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	<i>DM2, KHK</i>	
07	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	<i>DM2, KHK</i>	
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	<i>DM2, DM1, KHK</i>	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	<i>DM1, DM2, KHK</i>	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	<i>DM2, DM1, KHK</i>	
20	Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen	<i>DM2, KHK</i>	
21	DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) -nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM 2-	<i>DM2, KHK</i>	
22	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version	<i>DM2, DM1, KHK</i>	
23	HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)	<i>DM2, DM1, KHK</i>	
30	MEDIAS 2 ICT	<i>DM2, KHK</i>	
34	Behandlung Insulinpumpentherapie	<i>DM2, DM1</i>	
35	Behandlung Diabetisches Fußsyndrom	<i>DM2, DM1</i>	
40	MEDIAS 2 BOT+SIT+CT für Menschen mit Typ 2-Diabetes und einer nicht-intensivierten Insulintherapie	<i>DM2, KHK</i>	

Anlage 5 Qualitätssicherung

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung
von Typ 2 Diabetikern

Stand: 09.05.2023

QUALITÄTSSICHERUNG DIABETES MELLITUS TYP 2 Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL (gültig ab 01.10.2023)

Teil 1

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

Teil 2

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

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. 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 Teilnehmer, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 20 ISD (HbA1c-Zielwert) = „Zielwert erreicht“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
2. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5%	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5% (69mmol/mol), bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 10% <i>optional zusätzlich: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem HbA1c von größer als 8,5% an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer</i>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD-(HbA1c-Wert) a) größer als 8,5% (69 mmol/mol) b) größer als 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 Gleichzeitig Angabe von jeweiligem Mittelwert und Median des HbA1c-Werts <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information durch das Feedback
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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner 1%	<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 größer gleich 12 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien und Angabe der Häufigkeit im

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
				Erfassungsbereich des Berichts ¹
4. Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit notfallmäßiger stationärer Behandlung wegen Diabetes mellitus Typ 2	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus, in den letzten 6 Monaten bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner 1 %	<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 <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit größer gleich 6 Monaten Teilnahmedauer am DMP	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback mit Nennung der Teilnehmer mit stationärer notfallmäßigen Behandlung wegen Diabetes und Angabe der Häufigkeit im Erfassungsbereich des Berichts ²
5. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 mmHg systolisch und kleiner gleich 89mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> größer gleich 45 % <i>optional zusätzlich: Anteil normotoner Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Blutdruckwerte kleiner gleich 139 mmHg syst. und kleiner gleich</i>	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <i>Wie oben, jedoch Darstellung jeweils aller Dokumentationen gleicher Teilnahmedauer vergleichend nach Teilnahmedauer im zeitlichen Verlauf des DMP.</i>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	89mmHg diast.) unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter arterieller Hypertonie mit jeweils gleicher DMP Teilnahmedauer <u>Zielwert:</u> größer gleich 45%			
6. Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem systolischen Blutdruck größer als 150mmHg	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit systolischem Blutdruck größer als 150mmHg, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie <u>Zielwert:</u> kleiner gleich 15%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch größer 150 mmHg <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = "Arterielle Hypertonie"	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 Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 19 ISD (Empfohlene Diabetes-Schulung(en) wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		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 Feld 19 ISD (Empfohlene Hypertonie-Schulung(en) wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 18a (Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen) = „Hypertonie-Schulung“ } ¹ UND Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“ <i>{ }¹ Liegt keine Angabe zu Feld 18a (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</i>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Angabe „Keine“ in Feld 18a (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 Teilnehmern mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Fußläsionen mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und allen tiefen Ulzera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie), bei denen eine Behandlung/Mitbehandlung in einer für das diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung erfolgt oder veranlasst wurde <u>Zielwert:</u> größer gleich 65%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: tief“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“ <u>ODER</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = „4. Ulkus: oberflächlich“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) „1. Pulsstatus: auffällig“ sowie Angabe in Feld 22 ISD (Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung) = „Ja“ oder „Veranlasst“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 6 Monate	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 Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <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 Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 12 Monate	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
10. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation und ohne Antikoagulation mit AVK, KHK oder Schlaganfall <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) = „Schlaganfall“ “ UND NICHT [Feld 13 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ UND / ODER „Orale Antikoagulation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
11. Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen mindestens 1x jährlich	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens 1x jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Angaben in Feld 3 ISD (Fußstatus) in den letzten 12 Monaten	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
der Fußstatus komplett untersucht wurde	erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer Zielwert: größer gleich 80%	[[1. Pulsstatus: „unauffällig“ ODER „auffällig“] UND [2. Sensibilitätsprüfung: „unauffällig ODER auffällig“] UND [3. weiteres Risiko für Ulcus: „Fußdeformität“ ODER „Hyperkeratose mit Einblutung“ ODER „Z. n. Ulkus“ ODER „Z .n. Amputation“ ODER „ ja“ ODER „nein“] UND [4. Ulkus: „oberflächlich“ ODER „tief“ ODER „nein“] UND [5. (Wund)Infektion: „ja“ ODER „nein“]] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens 12 Monaten Teilnahmedauer		
12. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Ulkus, bei denen der Pulsstatus untersucht wurde	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus, bei denen gleichzeitig der Pulsstatus untersucht wurde, an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Ulkus Zielwert: größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „oberflächlich“ ODER „tief“ UND mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ oder „Unauffällig“ <u>Nenner:</u>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3 ISD (Fußstatus) = 4. Ulkus: „Oberflächlich“ ODER „Tief“		
13. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Neuropathie, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie, bei denen angemessene Intervalle für künftige Fußinspektionen festgelegt wurden, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Neuropathie <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: Alter größer gleich 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 6 Monate“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Auffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ ODER „Nicht untersucht“ UND	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. weiteres Risiko für Ulkus: nicht gleich „Nein“ UND nicht gleich „nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Nicht untersucht“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nein“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“ ODER Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Nicht untersucht“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „Nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“ ODER		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		Feld 3 ISD (Fußstatus) = 1. Pulsstatus: „Unauffällig“ UND 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 3. Weiteres Risiko für Ulkus: „nicht untersucht“ UND Feld 3b ISD (Intervall für künftige Fußinspektionen) = „alle 3 Monate oder häufiger“ ODER „alle 6 Monate“ <u>Nenner:</u> Anzahl der Teilnehmer mit: Alter größer gleich 18 Jahre UND Feld 3 ISD (Fußstatus) = 2. Sensibilitätsprüfung: „Auffällig“ UND 4. Ulkus: „Nein“ UND 5. (Wund)Infektion: „Nein“		
14. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei einer Monotherapie mit einem Antidiabetikum Metformin erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Metformin erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Monotherapie mit einem Antidiabetikum <u>Zielwerte:</u> größer gleich 70%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) = „Nein“ UND [Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = „Nein“ oder „Kontraindikation“] UND	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		[Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]] ODER [Feld 11 ISD (Metformin) ="Nein" UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) ="Ja" UND [Feld 12b ISD (GLP-1- Rezeptoragonist) = "Nein" oder „Kontraindikation“] UND [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]] ODER [Feld 11 ISD (Metformin) ="Nein" UND Feld 12 ISD (Sonstige antidiabetische Medikation) ="Nein" UND Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = "Ja" UND [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = "Nein" oder „Kontraindikation“]] ODER [Feld 11 ISD (Metformin) ="Nein" UND Feld 12 ISD (Sonst. antidiabetische Medikation) ="Nein" UND		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		[Feld 12b ISD (GLP-1-Rezeptoragonist) = „Nein“ oder „Kontraindikation“] UND Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = „Ja“]] UND NICHT [Feld 9 ISD (Insulin oder Insulin-Analoga) = „Ja“ ODER Feld 11 ISD (Metformin) = „Kontraindikation“]		
14. b) Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m ² KOF, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit KHK, Herzinfarkt, chronischer Herzinsuffizienz, Schlaganfall oder eGFR kleiner 60 ml/min/1,73m² KOF: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Kombinationstherapie aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder einem GLP-1-Rezeptoragonisten erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikationen gegen Metformin oder SGLT2-Inhibitor und GLP-1-Rezeptoragonist Zielwert: größer gleich 60%	<u>Zähler:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit [Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ UND Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor)= „Ja“] ODER [Feld 11 ISD (Metformin) = „Ja“ UND Feld 12b (GLP-1-Rezeptoragonisten) = „Ja“] <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „KHK“		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		ODER „chronische Herzinsuffizienz“ ODER mit Feld 5 ISD (Relevante Ereignisse) = „Herzinfarkt“ ODER „Schlaganfall“ ODER Feld 2a ISD (eGFR) kleiner 60 ml/min/1,73m² KOF UND NICHT [Feld 11 ISD (Metformin) = „Kontraindikation“ ODER [Feld 12a ISD (SGLT2-Inhibitor) = „Kontraindikation“ UND Feld 12b ISD (GLP-1- Rezeptoragonisten) = „Kontraindikation“]]		
15. Hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen	Anteil der in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersuchten Teilnehmerinnen und Teilnehmern, 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 21 ISD (Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation)) = „Durchgeführt“ in den letzten 24 Monaten <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Teilnahmedauer größer gleich 24 Monate	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 Stoffwechselentgleisungen: Hypoglykämien	entfällt	entfällt	Wenn Angabe in Feld 6 (ISD) größer gleich 2	V: Basis-Information über Diabetes und Diabetes-Symptome, Hypo- und Hyperglykämie, Möglichkeiten der Einflussnahme durch den Versicherten; maximal einmal pro Jahr
II. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „arterielle Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139mmHg syst. oder größer 89mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Patienten mit bekannter Begleiterkrankung „arterielle Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie beim Diabetiker und seine Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr

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

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
			und/oder die Angabe zu 3. Weiteres Risiko für Ulcus Ulkus „Fußdeformität“ und/oder „Hyperkeratose mit Einblutung“ und/oder „Z. n. Ulcus Ulkus“ ein oder mehrmals angegeben ist, und/oder die Angabe zu 4. Ulkus = „oberflächlich“ oder „tief“ = ein oder mehrmals angegeben ist, und/oder die Angabe zu 5. (Wund)infektion = „ja“ ein oder mehrmals angegeben ist	
VII. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 19 (ISD) (empfohlene Diabetes-Schulung und/oder Hypertonie-Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

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

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	allgemeiner bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 DMP-A-RL
ISD	=	indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 8 DMP-A-RL

Anlage 6

Vergütung und Abrechnungsvoraussetzungen

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur
Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern

Für ins DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebene Versicherte können Ärzte, die gemäß § 4 am Vertrag teilnehmen, nachfolgende Sondervergütungen abrechnen. Die Übernahme der Koordinationsfunktion und damit die Abrechnung der Dokumentationen gelten nur für die Ausnahmefälle, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Des Weiteren gilt § 25 Absätze 2 bis 8 entsprechend.

Nr.	<u>Leistung</u>	<u>Vergütung</u>	<u>GOP</u>
1	<u>Erstdokumentation</u> Für die Information, die Beratung, die Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen inkl. Versandkosten	25,00 Euro einmalig	99191S
2	<u>Folgedokumentation</u> Für die Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL sowie die fristgemäße Übermittlung der Folgedokumentation	15,00 Euro pro Dokumentation	99192S

Nr.	Leistung	Vergütung	GOP
3	<u>Ärztlicher Betreuungskomplex</u> Der Arzt führt mit den Patienten ein besonders ausführliches Gespräch unter Berücksichtigung der Ergebnisse folgender Untersuchungen: • Messung des Körpergewichtes, • Messung des Blutzuckers, • Messung des Blutdrucks, • Dokumentation des gemessenen des HbA1c-Wertes (bei pathologischen Werten: Messung der Mikroalbuminurie, des Cholesterins, des HDL-Cholesterins und der Triglyceride) • Strukturierte Durchsicht der Patienten-Dokumentation (Tagebuch, App) • Erfassung von Therapiekomplicationen (z.B. Hypoglykämien, Medikamentennebenwirkungen) • Überprüfung der Therapieziele (HbA1c, Blutdruck, Blutfette) • Überprüfung der Komplikationen (Augen, Nieren, Nerven, Gefäße, Leber) und Koordination erforderlicher Facharzttermine • Beratung zur Lebensstil verändernde Maßnahmen (z.B. Tabakverzicht, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung) und Verweis auf Präventionsangebote (z.B. Muster 36) Der Arzt nimmt die Eintragung der Ergebnisse im Diabetespass vor. Mindestens 15 Minuten Einmal im Behandlungsfall	25,00 Euro	Bei erreichtem Therapieziel: 93420A <u>oder</u> Bei nicht erreichtem Therapieziel: 93420B Die GOP 93420A und 93420B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.
4	<u>Einzelberatung durch die Diabetesberaterin</u> Beratung von mindestens 20 Minuten unter anderem über Lebensstil verändernde Maßnahmen (z.B. Tabakverzicht, körperliche Aktivität und gesunde Ernährung) sowie Stoffwechsel-selbstkontrolle, Aufklärung über mögliche Komplikationen, Aufarbeitung der Befunde, Nachbesprechung des ärztlichen Gespräches, Eingehen auf Fragen des Patienten Einmal im Behandlungsfall	21,00 Euro	93421 Die GOP 93421 und 93422 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar.

Nr.	Leistung	Vergütung	GOP
5	Vorhalten von qualifizierten Diabetesberaterin(nen) für Einzelberatungen von DMP-Teilnehmern Einmal im Behandlungsfall	21,00 Euro	93422 Die GOP 93422 und 93421 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar
6	<u>Prävention Diabetisches Fußsyndrom</u> Untersuchung und Palpation beider Füße sowie Beratung des Versicherten. Bei nicht sicher tastbaren Fußpulsen Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (ABI) und /oder Veranlassung einer Duplex-Sonografie. Patientinnen und Patienten werden auf präventive Maßnahmen wie die Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße hingewiesen. Insbesondere sollen sie hinsichtlich des Tragens geeigneten Schuhwerks beraten werden. Einmal im Behandlungsfall, maximal 2 x im Kalenderjahr berechnungsfähig Die Abrechnung der EBM-Ziffer 02311 ist im selben Behandlungsfall ausgeschlossen.	20,00 Euro	93423

Leistungen bei schwangeren DMP-Teilnehmerinnen mit Typ 2-Diabetes

Nr.	Leistung	Vergütung	GOP
7	<u>Betreuung einer schwangeren Typ 2-Diabetikerin über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft</u> Dieser Leistungskomplex beinhaltet: • Alle ärztlichen Gesprächsleistungen, • alle Tätigkeiten des qualifizierten nichtärztlichen Personals und • die körperlichen Untersuchungen Einmal im Behandlungsfall, maximal 3 Quartale berechnungsfähig	50,00 Euro	93424
8	<u>Individualisierte Schulung einer schwangeren Typ 2-Diabetikerin</u> zur euglykämischen Stoffwechselführung und den Besonderheiten in der Schwangerschaft 4 Doppelunterrichtseinheiten á 2 x 45 Minuten Schulung durchführbar innerhalb von 2 Quartalen Schulungen gemäß Anlage 8 zum Vertrag können nicht neben dieser Leistung (GOP 93425) abgerechnet werden.	20,00 Euro je Doppel- UE	93425

Krankenhaus-IK

- 06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

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

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

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

2 Welche Daten werden erhoben?

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

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

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

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

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

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

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

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

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

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

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

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

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

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

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

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

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

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

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

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

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

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

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

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

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

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

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

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

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

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

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

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

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

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

Koordination Ihrer Behandlung

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

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

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

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

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

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

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

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

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

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

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

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

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

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

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

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

Anlage 8 – Schulungsprogramme und Vergütung

- (1) Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der KVH erhalten haben.
- (2) Folgende Schulungen dürfen nur von Ärzten nach § 4 durchgeführt werden:
 - Medias 2
 - Schulungen zur intensivierten Insulintherapie ("ICT-Schulungen")
 - Medias 2 für ICT-Patienten
 - Medias 2 BOT+SIT+CT
 - Schulungen für Patienten, die Normalinsulin spritzen ("Grüßer, Röger, Jörgens")
 - LINDA
 - Diabetes & Verhalten
 - DiSko
 - HyPOS
 - Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III
- (3) Ärzte nach §§ 3 und 4 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.
- (4) Jede Unterrichtseinheit entspricht 90 Minuten.
- (5) Es ist grundsätzlich nur eine strukturierte Schulungsmaßnahme je Schulungsanlass je Patient einmalig abrechnungsfähig.
- (6) Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Für den Schulungsanlass "Diabetes und Bewegung" ist die Wiederholung einmal im Krankheitsfall möglich.
- (7) Die Schulungen erfolgen 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) Wurden die Versicherten bereits vor Inkrafttreten der Neufassung (In Kraft getreten zum 01.10.2023) geschult, so ist eine weitere Schulung aus demselben Schulungsanlass gem. Anlage 8 frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Versicherte, die vor Inkrafttreten der Neufassung eine Schulung begonnen haben, sollen diese spätestens bis zum 31.03.2024 beenden.
- (9) Für das Schulungsmaterial der Schulungen Nr. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15 und 16 werden pauschal pro teilnehmenden Patienten einmalig je Schulungsprogramm 9,00 Euro (GOP 99204) erstattet. Bei Schulung Nr. 2. beträgt die Kostenpauschale 9,90 Euro (GOP 99205) einmalig pro teilnehmenden Patient.
- (10) Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den nachfolgenden Pauschalen für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten.

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP Wiederholungs-schulung*
1	Typ 2-Diabetes ohne Insulintherapie Je nach der speziellen Konstellation (Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines der dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 1: Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	- Für nicht insulinpflichtige Diabetiker - Gruppen bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	99194	99194W
		Schulung 2: MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst- Management für Typ 2)	- Für alle nicht insulinpflichtigen Diabetiker mit Übergewicht (und Hypertonus), wenn eine Verhaltensänderung durch das Programm wahrscheinlich ist. - Gruppen von 8 bis 10 Patienten	8 UE à 25,00 €	99198	99198W
		Schulung 3: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung	- Gruppen von 4 bis 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	99215	99215W
2	Typ 2-Diabetes mit Insulintherapie/ICT 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 4: Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	- Für alle insulinpflichtigen Diabetiker - Gruppen bis zu 8 Patienten	5 UE à 25,00 €	99195	99195W
		Schulung 5: Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	- Für insulinpflichtige Diabetiker, die Normalinsulin spritzen - Gruppen bis zu 8 Patienten	5-6 UE à 25,00 €	99197	99197W
		Schulung 6: Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2-Diabetes, die Insulin spritzen	- Gruppen von 4 bis 6 Patienten	10 UE à 25,00 €	99216	99216W
		Schulung 7: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung	- Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	99217	99217W
		Schulung 8: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	- Für Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie haben - Gruppen bis zu 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	99196	99196W
		Schulung 15: MEDIAS 2 ICT	- Für Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie haben - Gruppen von 4 bis 8 Patienten	12 UE à 25,00 €	99222	99222W

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP Wiederholungs-schulung*
2		Schulung 16: MEDIAS 2 BOT+SIT+CT	- Typ-2-Diabetiker, die mit einer nicht-intensivierten Insulintherapie behandelt werden - Gruppen von 3 bis 8 Patienten	6 UE à 25,00 €	99206	99206W
	Diabetes und Bewegung (Modul für Patienten mit Typ 2-Diabetes) Ergänzung zu einem Schulungsprogramm nach Schulungsanlass 1 oder 2	Schulung 9: DiSko-Schulung (wie Diabetiker zum Sport kommen)	- Modul für Patienten mit Diabetes ohne/mit Insulintherapie - Modulare Ergänzung zu Schulung Nr. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15 - Gruppen bis zu 10 Patienten	1 UE à 20,00 €	99218	99218W
3	Hypertonie bei Patienten mit Typ 2-Diabetes Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 11: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	- Für Diabetiker mit Hypertonus (und Übergewicht), die nicht schon Medias 2 Schulung erhalten haben - Gruppen bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	99199	99199W
		Schulung 12: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung	- Gruppen von 4- 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	99219A	99219W

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP Wiederholungs-schulung*
4	Seltene Sonderfälle Diese Schulungen kommen nur bei Patienten mit Typ 2-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unterzuckerungswahrnehmung zum Einsatz. Diese Schulungen können nur als Ergänzung zu einer bereits erfolgten Schulung nach Schulungsanlass 2 durchgeführt werden. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	Schulung 13: Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version	- Nur für erwachsene an DM2 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die mit intensivierter Insulintherapie behandelt werden und die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Körperliche Erkrankungen wie Herz- oder Gefäßerkrankungen, ohne sich in entsprechender ärztlicher Kontrolle zu befinden, Depressionen und Erkrankungen, die mit Essstörungen oder Substanzabusus einhergehen. - Gruppen von 4 bis 6 Patienten	5 UE à 25,00 €	99220	99220W
		Schulung 14: HyPOS	- Nur für erwachsene an DM2 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die insulinpflichtig sind und nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenz-Erkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft. - Gruppen von 4 bis 6 Patienten	5 UE à 25,00 €	99221	99221W

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Ettinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	Bahn-BKK	Franklinstr. 54	60486	Frankfurt am Main
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
108833355	BKK Akzo Nobel	Glanzstoffstraße 1	63785	Obernburg
105530444	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK_Dürkopp Adler	Stieghorster Str. 66	33605	Bielefeld
104125509	BKK EUREGIO	Boos-Fremery-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
109033393	BKK Faber-Castell & Partner	Bahnhofstraße 45	94209	Regen
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
105530331	BKK Herkules	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	BKK KBA	Friedrich-Koenig-Str. 5	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden
103726081	bkk melitta hmr	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 129	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Güterloh
107835333	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen
101520078	Mobil Krankenkasse	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Burgstr. 1-3	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
102031410	BKK Technoform	Biberacher Str. 73	89584	Ehingen
109723913	mkk - meine krankenkasse	Lindenstraße 67	10969	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach
104526376	VIATIV Krankenkasse	Suttner-Nobel-Allee 3-5	44803	Bochum
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK Würth	Gartenstr. 11	74653	Künzelsau
107829563	BKK ZF + Partner	Otto-Lilienthal-Str. 10	88046	Friedrichshafen
109034270	BMW BKK	Mengkofenstraße 6	84130	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continental BKK	Sengelmannstr. 120	22335	Hamburg
108030775	Mercedes-Benz BKK	Mercedesstr. 120	70372	Stuttgart
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Bergische Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	energie-BKK	Oldenburger Allee 24	30659	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str. 16	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus Krankenkasse	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Rheinallee 13	67061	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	Heimeranstr. 31-33	80339	München
107536262	vivida bkk	Spittelstr. 50	78044	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende IKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der IKK	Straße	PLZ	Ort
103501080	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund
109303301	IKK Südwest	Europaallee 3 - 4	66113	Saarbrücken
100602360	IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistr. 6	14480	Potsdam
101202961	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg
101300129	IKK - Die Innovationskasse	Lachswehrallee 1	23558	Lübeck
107202793	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden