14. Nachtrag

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V vom 10. Juni 2008

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 oben 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)

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

Mit Wirkung ab 01.07.2020 wird der o.g. Vertrag wie folgt geändert:

1. Rubrum

Das Rubrum erhält die in diesem 14. Nachtrag dargestellte Fassung.

2. Inhaltsverzeichnis

a) Der § 4 wird wie folgt neu bezeichnet: „§ 4 unbesetzt".
b) Der § 22 wird wie folgt neu bezeichnet: „§ 22 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV"

3. Erläuterungen

Der Abschnitt Erläuterungen wird wie folgt neu gefasst:

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag,
„Anstellender Vertragsarzt" können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt,
„Arbeitsgemeinschaft" ist eine solche i. S. d. § 21,
„BAS" ist das Bundesamt für Soziale Sicherung,
„Datenstelle" ist eine solche i. S. d. § 24,
„DMP" ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm
„DMP-A-RL" ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie,
„Dokumentationsdaten" sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL" aufgeführten Daten,
„DS-GVO" ist die Datenschutz-Grundverordnung,
„G-BA" ist der Gemeinsame Bundesausschuss,
„Gemeinsame Einrichtung" ist eine solche i. S. d. § 22,
„Koordinierender Vertragsarzt" ist ein solcher im Sinne des § 3,
„Krankenkassen" sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände,
„KVH" ist die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
„Leistungserbringer" sind die Vertragsärzte i. S. d. § 3, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,
„Patient" sind Patienten jedweden Geschlechts,
„RSAV" ist die Risikostrukturausgleichsverordnung,
„Versicherte" sind Versicherte jedweden Geschlechts,
„Vertragsärzte" sind - ggf. anstellende - Vertragsärzte und Vertragsärztinnen,

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.
Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint."

4. Präambel

c) Die Nummerierung der Präambel wird gestrichen.
d) Der zweite Satz wird mit einer Fußnote versehen, die wie folgt gefasst wird:
„Stand 14. Nachtrag vom 27.05.2020:
Aktuell haben in Deutschland etwa 6,9 Mio. Menschen Typ-2-Diabetes und 32.000 Kinder- und Jugendliche sowie 340.000 Erwachsene einen Typ-1-Diabetes (Quelle: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020, Hrsg. DDG und diabetesDE)."
e) Der zweite Absatz der Präambel wird wie folgt neu gefasst:

„Die Partner dieses Vertrages sind sich einig, dass die Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in der Region Hamburg aufgrund der sehr guten Versorgungsstrukturen auf einem qualitativ sehr hohen Niveau erfolgt. Die oberste Priorität der Vertragspartner ist es, sicherzustellen, dass dieser erreichte Qualitätsstandard für den Standort Hamburg auch für die Zukunft erhalten bleiben soll. Um dies zu gewährleisten wird die Implementierung dieses DMP für Diabetes mellitus Typ 1 im KV-Bereich Hamburg vereinbart. Die vertraglichen Anpassungen des 14. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL bis einschließlich der Änderung mit Beschlussfassung vom 27.03.2020 ohne die Änderungen mit Beschlussfassung vom 16.01.2020 zu Diabetes mellitus Typ 1. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7, sowie der RSAV festgelegt.“

5. § 1 Ziele der Vereinbarung

a) Im ersten Satz in Abs. 1 wird „u.a.“ gestrichen.

b) In Abs. 2 wird der erste Satz wie folgt neu gefasst:
„Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.“

6. § 2 Geltungsbereich

a) Abs. 1 Nr. 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVH sowie für Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind, die nach Maßgabe des Abschnittes II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechende Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,“

b) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
„Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV und insbesondere die DMP-A-RL. Sollten sich auf Grund von Änderungen der Richtlinien des G-BA inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL.“

c) Abs. 3 Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:
„Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 30 bis 31 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Ebenso gilt dieser Vertrag für diejenigen Innungskrankenkassen, die bereits zuvor Vertragspartner waren. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.“

7. § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch besonders qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxis, koordinierender Vertragsarzt)

In Abs. 7 Nr. 7 werden die Worte „entsprechend der Anlage 12“ gestrichen.

8. § 4 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Die Absätze 1 und 2 werden gestrichen. Damit bleibt der Paragraph unbesetzt.

9. § 5 Teilnahmeerklärung

a) In Abs. 1 Satz 2 wird in der Klammer vor dem Wort „Arztnummer“ das Wort „lebenslange“ eingefügt.

b) Der erste Satz in Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:
„Der Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Vertrag, den die Krankenkassen und die KVH in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle nach § 24 geschlossen haben.“

10. § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Es wird ein dritter Absatz aufgenommen, der wie folgt gefasst wird:
„Bestehen trotz der vorgelegten Unterlagen berechtigte Zweifel am Vorliegen der fachlichen Qualifikation, kann die Erteilung einer Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden. Das Kolloquium führt die Diabetes-Kommission der KVH durch.“

11. § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

a) In Abs. 4 werden die Sätze 2 und 3 eingefügt, die wie folgt gefasst werden:
„Dies hat der Vertragsarzt der KVH unverzüglich anzuzeigen. Die Teilnahme eines Vertragsarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2.“

b) In Abs. 7 wird der letzte Satz wie folgt gefasst:
„Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 5a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).“

12. § 8 Verzeichnis der Leistungserbringer

§ 8 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß § 3 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 8. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt diese Verzeichnisse den teilnehmenden Krankenkassen in elektronischer Form entsprechend Anlage 8 14-tägig zur Verfügung. Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 8 enthält u.a. einen zweistelligen Schlüssel zur Angabe der Art der Berechtigung bzgl. der Versorgungsebene und akkreditierter Schulungsprogramme. Bei der Angabe der Berechtigung für die vom BAS akkreditieren Schulungsprogramme ist nur der Schlüssel des jeweiligen vertraglich vereinbarten Schulungsprogramms anzugeben. Veränderungen sind den Krankenkassen von der KVH in oben genannter Form unverzüglich mitzuteilen.

(2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.

(3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerverzeichnisse dem BAS bzw. den Landesprüfdiensten alle 5 Jahre (und auf Anforderung) zur Verfügung gestellt.

(4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Anlage 8 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVH ,

2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung durch die Krankenkasse,
3. der Datenstelle nach § 24 durch die KVH und
4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

(5) Das Teilnehmerverzeichnis kann veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein."

13. § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

a) Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Die medizinischen Anforderungen an das Behandlungsprogramm sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL (Anlage 6 des Vertrages) definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen der der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten."

b) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
„Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils gültigen Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten."

14. § 11 Maßnahmen und Indikatoren

a) In Abs. 1 wird „Ziffer 2 der Anlage 7 der DMP-A-RL" zu „§ 2 DMP-A-RL" geändert.

b) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
„Zu den Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL gehören insbesondere:
- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Reminder-systeme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten."

c) Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:
„Zur Auswertung werden die in Anlage 7 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL ergeben."

15. § 13 Teilnahmevoraussetzungen

a) Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- die vorliegende schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 7 DMP-A-RL,

- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,
- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und diese Daten von der Krankenkasse im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zur Unterstützung der Betreuung des Versicherten verarbeitet und genutzt werden können. Des Weiteren erfolgt die Information des Versicherten darüber, dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 7 DMP-A-RL genannten Therapieziele profitiert,
- die Einleitung bzw. Durchführung einer Insulintherapie gemäß Ziffer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

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

b) Es wird ein Abs. 5 eingefügt, der wie folgt gefasst wird:
„Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.“

16. § 14 Information und Einschreibung

a) Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechende der Anlagen 10 und 11, über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte erklärt sich zur Teilnahme am Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Befunddaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ein.“

b) In Abs. 4 wird im ersten Satz „Teilnahmeerklärung“ zu „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ geändert. Im zweiten Satz werden nach „DMP-A-RL“ die Worte „plausibel und fristgerecht“ eingefügt.

c) Im zweiten Satz in Abs. 5 werden die Worte „und Abs. 4“ gestrichen.

d) Im ersten Satz in Abs. 7 werden die Worte „sowie der DMP-RL“ gestrichen.

17. § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 15 wird wie folgt neu gefasst:
„Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 10 oder Anlage 11 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von

Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.“

18. § 16 Beginn und Ende der Teilnahme

a) In Abs. 2 wird nach dem Wort „scheidet“ eingefügt: „, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm“

b) In Abs. 3 wird die Aufzählung wie folgt neu gefasst:

„- der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
- des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
- des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- an dem der Versicherte die Voraussetzungen für die Einschreibung nicht mehr erfüllt,
- und die Teilnahme des Versicherten endet auch, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 15 veranlassten Schulungsmaßnahmen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat.“

c) Es wird ein neuer Abs. 4 eingefügt. Der nachfolgende Absatz wird daher zu Abs. 5. Der neue Abs. 4 wird wie folgt gefasst:
„Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.“

19. § 18 Teilnehmerverzeichnis

§ 18 wird gestrichen und ist daher unbesetzt.

20. § 19 Information und Schulung von Leistungserbringern

In Abs. 2 wird das Wort „sektorübergreifend“ durch das Wort „sektorenübergreifend“ ersetzt.

21. § 20 Information und Schulung von Versicherten

a) In Abs. 1 werden nach dem Wort „Behandlungsprogramms“ folgende Worte eingefügt: „sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten“.

b) In Abs. 4 wird „BVA“ zu „BAS“ geändert.

22. § 21 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

a) In Abs. 2 wird „§ 28f Abs. 2 RSAV“ zu „§ 25 Abs. 2 RSAV“ geändert und nach dem Wort „Datensatz“ wird das Wort „versichertenbezogen“ eingefügt.

b) In Abs. 3 wird vor der Bezeichnung „§ 80 SGB X“ die Bezeichnung „Art. 28 DS-GVO i.V.m.“ eingefügt.

23. §22 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

a) § 22 wird umbenannt in „§ 22 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV“.

b) In Abs. 1 wird „§ 28f Abs. 2 RSAV“ zu „§ 25 Abs. 2 RSAV“ geändert.

c) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Der Gemeinsamen Einrichtung obliegt die Aufgabe - auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten - die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL, die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL und die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
2. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V,
3. die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.“

24. § 24 Datenstelle

a) Im ersten Satz in Abs. 2 wird das Wort „koordinierende“ gestrichen. Im zweiten Satz in Abs. 2 wird das Wort „koordinierenden“ gestrichen.
b) Im ersten Satz in Abs. 3 wird nach dem Wort „Datenstelle“ das Wort „insbesondere“ eingefügt.
c) Der erste Spiegelanstrich in Abs. 3 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Annahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL,“
d) Der erste Spiegelanstrich in Abs. 4 Satz 1 wird wie folgt neu gefasst:
„Entgegennahme, Prüfung auf Vollständigkeit und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,“
e) In Abs. 4 Satz 1 wird ein sechster Spiegelanstrich eingefügt, der wie folgt gefasst wird:
„Nachforderung unvollständiger und unplausibler Angaben.“
f) In Abs. 5 werden die Worte „nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind“ gestrichen.
g) In Abs. 6 wird das Wort „koordinierenden“ gestrichen.

25. § 25 Datenfluss zur Datenstelle

a) In Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „per Datenträger (CD-Rom, Diskette, DVD) oder per Datenfernübertragung“ gestrichen.
b) In Abs. 2 Satz 1 wird nach „Zeichen“ die Bezeichnung „(„0“ – „9“)“ eingefügt.
c) In Abs. 2 wird ein dritter Satz eingefügt, der wie folgt gefasst wird:
„Bei Arztwechsel erhält der Patient eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.“

26. § 28 Datenaufbewahrung und –löschung

§ 28 wird wie folgt neu gefasst:
„Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.“

27. § 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

a) In Abs. 1 wird das Wort „Strafgesetzbuch“ durch „allgemeinen Strafrecht“ ersetzt.
b) Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:
„Die Vertragsärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten 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."

28. § 31 Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen

a) In Abs. 3 Satz 7 wird „§ 28d Absatz 2 Nr. 2 a-c RSAV" zu „§ 24 Absatz 2 Nr. 2 a-c RSAV" geändert.

b) In Abs. 4 wird das Wort „pauschalierten" durch „morbiditätsbedingten" ersetzt.

c) In Abs. 5 wird Satz 2 neu gefasst und ein neuer Satz 3 aufgenommen:
„Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Die Schulungen „Diabetes Buch für Kinder" und „Jugendliche mit Diabetes" können nicht wiederholt werden."
Der bisherige Satz 3 wird folglich zu Satz 4.

d) Es wird ein neuer Abs. 6 eingefügt, der wie folgt gefasst wird:
„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."

e) Es wird ein neuer Abs. 7 eingefügt, der wie folgt gefasst wird:
„Wurden die Versicherten bereits vor Inkrafttreten des 14. Nachtrages (In Kraft getreten zum 01.07.2020) geschult, so ist eine weitere Schulung aus demselben Schulungsanlass gem. Anlage 10 frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Versicherte, die vor Inkrafttreten des 14. Nachtrages eine Schulung begonnen haben, sollen diese spätestens bis zum 31.12.2020 beenden."

f) Der bisherige Abs. 6 wird geändert in Abs. 8 und wie folgt neu gefasst:
„Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den Pauschalen nach Anlage 15 für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten."

g) Der bisherige Abs. 7 wird geändert in Abs. 9.

h) Der bisherige Abs. 8 wird geändert in Abs. 10.

29. § 32 Kosten zur Durchführung des Vertrags

In Abs. 4 wird der zweite Satz gestrichen. Somit wird Satz 3 zu Satz 2.

30. § 33 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

In Abs. 2 werden die Worte „auf Datenträgern" gestrichen.

31. § 35 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

In Abs. 2 Satz 1 werden die Worte „von DMP-Richtlinien" durch die Worte „sowie der DMP-A-RL" ersetzt.

32. Übersicht der Anlagen

Die Anlage 12 wird gestrichen und bleibt unbesetzt.

33. Anlage 1 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3 (Versorgungsebene 1)"

Die Anlage 1 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 3 (Versorgungsebene 1)" wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

34. **Anlage 2 „Strukturqualität Hausarzt“**
Die Anlage 2 „Strukturqualität Hausarzt“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

35. **Anlage 3 „Strukturqualität Pädiater / pädiatrische Einrichtung“**
Die Anlage 3 „Strukturqualität Pädiater / pädiatrische Einrichtung“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

36. **Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“**
Die Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

37. **Anlage 8 „Verzeichnis der Leistungserbringer“**
Die Anlage 8 „Verzeichnis der Leistungserbringer“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

38. **Anlage 9a „Dokumentationsdaten nach Anlage 2“**
Die Anlage 9a „Dokumentationsdaten nach Anlage 2“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

39. **Anlage 12 „Verzeichnis stationäre Einrichtungen“**
Die Anlage 12 „Verzeichnis stationäre Einrichtungen“ wird ersatzlos gestrichen.

40. **Anlage 15 „Patientenschulungen“**
Die Anlage 15 „Patientenschulungen“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

Hamburg, den 04.06.2020

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

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

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

.....
IKK classic

.....
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

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

Anlage 1

- Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor -

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

1. Versorgungsstufe

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen **- persönlich oder durch angestellte Ärzte -** erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.
Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / besonders qualifizierte Einrichtung erfolgen[1].
Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebstätte erfüllt sein.

1 Ziffer 1.8.1; Anlage 7 DMP-A-RL

	Voraussetzungen	Nachweis/-form
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt / Einrichtung (diabetologische Schwerpunktpraxis) Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindest-patientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraus-setzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Struktur-voraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	**Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend genannten Weiterbildungsbezeichnungen:** • Facharzt für Innere Medizin • Facharzt für Pädiatrie • Facharzt für Allgemeinmedizin • Praktischer Arzt **Führen der Bezeichnung „Diabetologe DDG“ oder Berechtigung zum Führen einer vergleichbaren Subspezialisierung Diabetologie nach dem Weiterbildungsrecht der Ärztekammern und ganz überwiegend diabetologisch spezialisierte Tätigkeit. .** **Erfahrung im relevanten Umfang in der Betreuung und Behandlung von Typ 1-Diabetikern, Gestationsdiabetikerinnen und Patienten mit seltenen Spezialformen des Diabetes** **Die regelmäßige Teilnahme an diabetologisch ausgerichteten Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln gemäß § 19 dieser Vereinbarung mindestens sechsmal jährlich.** **Jederzeit eine verfügbare Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma vorhalten (gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils gültigen Fassung).** **Eine Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und –berufen, insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 7 der DMP-A-RL befolgen**.	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen bei Antragstellung, anschließend 1 x pro Jahr
	Nach Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung verpflichtet sich der Vertragsarzt zur Teilnahme an mindestens zwei Diabetes-Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr, die von der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der AND, den Ärztekammern, der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie oder dem Arbeitskreis Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen verantwortet werden oder vergleichbarer Veranstaltungen.	Entsprechende Nachweise sind der KVH auf Anfrage vorzulegen 1 x jährlich

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

3. Apparative Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	• Vertragsärzte, die eine Versorgung von Diabetikern in einer diabetologischen Spezialpraxis im Sinne dieser Vereinbarung durchführen, für die Schulung und die Betreuung durch das qualifizierte nichtärztliche Personal einen geeigneten besonderen Raum zur Verfügung stellen (nicht das Wartezimmer)[2]. • Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren (im Rahmen des Fachgebietes) in der Vertragsarztpraxis, • Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, • 24 Stunden-Blutdruckmessung, • Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma[3], • EKG, Belastungs-EKG[4/5],Sonographie[7] Doppler-oder Duplexsonographie[6], • Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)	Bestätigung durch Teilnahme-erklärung bei Antragstellung
3a) bei Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	• Besonderer Raum mit Behandlungsstuhl (MRSA-Keime) • Verbandmaterial • Chirurgische Ausrüstung, scharfe Löffel, Skalpelle, Pinzetten, Scheren etc. • Geprüfter Sterilisator • OP-Kleidung • Desinfektionsplan • Hygieneplan (Berufsgenossenschaft, Vorschrift BGV C8) • Entlastungsschuhe, orthopädische Orthesen, Unterarmstützen usw. • Digitalkamera zur Dokumentation • Standardisierter Fuß-Erfassungsbogen (digital oder manuell) • apparative Ausstattung zur Basisdiagnostik der peripheren Neuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) • Doppler- oder Duplexsonographie[8]	Bestätigung durch Teilnahme-erklärung bei Antragstellung

2 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.

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

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

5 Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

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

Schulungen	• **Regelhafte Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1** • Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms mindestens 1x im Quartal, • Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von zwei Wochen, • 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogrammes, • Erfüllung der Voraussetzungen der Anlage 14 dieses Vertrags.	Bestätigung / Nachweis durch Teilnahme-erklärung bei Antragstellung sowie auf Anfrage der KVH (1x jährlich)

Überweisung von der koordinierenden Ärztin, oder Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung

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

- bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 1.5.1.3),
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Ziffer 1.6),
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung.
  bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

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

Wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt, ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädiaterin, zum diabetologisch qualifizierten Pädiater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei[7]:

- Notfall (in jedes Krankenhaus),
- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung.
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

7 Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 DMR-A-RL

Anlage 2

- Strukturvoraussetzungen Hausarzt -

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

1. Versorgungsstufe

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

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

In begründeten Einzelfällen kann diese Aufgabe auch von Hausärzten im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden. Dabei muss die Betreuung in enger Kooperation mit einem **am Vertrag teilnehmenden** diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung erfolgen[1]. **Die Überweisungskriterien der Anlage 7 der DMP-A-RL sind zu beachten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.**

[1] Ziffer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Nachweis/-form
Fachliche und organisatorische Voraussetzungen: Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindest-patientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraus-setzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Struktur-voraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	▪ Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktische Ärzte ▪ Nachweis der Betreuung in enger Kooperation mit am Vertrag teilnehmenden diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung (Schwerpunktpraxis) durch Vorlage einer Kooperationsvereinbarung bei Antragstellung ▪ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung innerhalb des ersten Jahres der Teilnahme (auch frühere Teilnahme zu Diabetes mellitus Typ 2 ausreichend); die Arztinformationsveranstaltung wird als Fortbildungsveranstaltung anerkannt und / oder ▪ Information durch Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme. ▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards[2] ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen, und ▪ regelmäßige Teilnahme an diabetesspezifischen Qualitätszirkeln. Mindestdauer der Fortbildungen, Teilnahme an QZ 4 Stunden/Jahr	Nachweis zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1 x pro Jahr

[2] Qualitätsstandards gemäß der DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Zeitpunkt/Häufigkeit
Apparative Voraussetzungen **jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte**	Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und Therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis: ▪ EKG ▪ Sonographie[3/4] ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung im venösen Plasma[5] ▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie, z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, Monofilament	Bestätigung durch Teilnahme-erklärung bei Antragstellung

Überweisung vom koordinierenden Hausarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder in eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung[6]

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

- bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 1.5.1.3),
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Ziffer 1.6),
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung~~,~~.
  bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,

[3] fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschall Vereinbarung)“ in der jeweils gültigen Fassung
[4] die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden
[5] gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
[6] Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 DMP-A-RL

- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

Ergänzend zu den ober aufgeführten Indikationen ist eine Überweisung auch bei folgenden Indikationen zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung zu veranlassen.

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen -des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei[7]:

Notfall (in jedes Krankenhaus),

- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung.
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),

[7] Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 DMP-A-RL

- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.
Hierbei sind Patienteninteressen und regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Anlage 3

- Diabetologisch qualifizierter Arzt / pädiatrische Einrichtung/zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte/qualifizierte Einrichtungen für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen -

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

1. Versorgungsstufe

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

Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Langzeitbetreuung grundsätzlich, bei Jugendlichen unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen.[1] Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem/einer am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater / pädiatrische Einrichtung / zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte / qualifizierte Einrichtungen erfolgen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein**.**

[1] Ziffer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL

Voraussetzung	Nachweis	Nachweis/-form
fachliche und organisatorische Voraussetzungen: diabetologisch qualifizierter Pädiater und diabetologisch besonders qualifizierte pädiatrische Einrichtung/Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen und zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte Die bis zum 30.06.2020 geltenden Strukturvoraussetzungen zum Nachweis von Mindestpatientenzahlen werden mit Wirkung ab dem 01.07.2020 gestrichen. Im Rahmen der regelhaften Überprüfung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen finden die gestrichenen Voraussetzungen ab diesem Zeitpunkt keine Anwendung mehr. Ärzte, welche die bis 30.06.2020 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP haben, nehmen auch nach dem 01.07.2020 weiterhin am DMP teil.	Diabetologisch qualifizierter Arzt /Ärztin ▪ · „Mindestens 1 diabetologisch qualifizierter Facharzt/ärztin für Kinderheilkunde mit einer Anerkennung als ▪ - „Diabetologen DDG“ oder - der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Kinderendokrinologie und –diabetologie“ (gemäß Kammerrecht der Ärztekammern) oder - der Berechtigung zum Führen der Zusatzweiterbildungen „(Kinder-) Endokrinologie und/oder Diabetologie“ (gemäß Kammerrecht der Ärztekammern) und ausreichende Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 und ganz überwiegend diabetologisch spezialisierte Tätigkeit. ▪ Erfahrung im relevanten Umfang in der Betreuung und Behandlung von Typ 1-Diabetikern, ▪ Teilnahme an einer Arztinformationsveranstaltung und ▪ Information durch Arzt-Manual ▪ Mindestens einmal jährliche Teilnahme an diabetesspezifischen Fortbildungen, und ▪ mindestens zweimal jährliche Teilnahme an diabetesspezifischen Qualitätszirkeln. Mindestdauer der Fortbildungen, Teilnahme an QZ 4 Stunden / Jahr ▪ Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten vor Ort und ▪ Sofern die Koordination in begründeten Einzelfällen durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt / Einrichtung erfolgten soll, ist bei Antragstellung der Nachweis der engen Kooperation durch die Vorlage eines Kooperationsvertrages mit einem/einer teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Pädiater/Einrichtung zu erbringen. und ▪ Nachweis der interdisziplinären Versorgung in stationär und ambulant vernetzten Diabetes–Teams durch Vorlage eines Kooperationsvertrages.	zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1 x jährlich zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1x jährlich zu Beginn der Teilnahme

Voraussetzung	Nachweis	Zeitpunkt/ Häufigkeit
Nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> ▪ mindestens ein(e) Diabetesberater/in DDG (Es sollen ausschließlich DDG-Beraterinnen eingesetzt werden, die zugleich fortgebildete Kinderkrankenschwestern sind) Zusammenarbeit mit ▪ einem(r) Oecothrophologen/in oder Diätassistenten/in ▪ mindestens einmal jährliche Teilnahme ▪ des nichtärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen	zu Beginn der Teilnahme und anschließend 1 x jährlich
Apparative Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte	▪ Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis ▪ Schulungsraum mit erforderlicher Ausstattung (bei Durchführung von Schulungen) ▪ Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards[2] ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung, mit verfügbarer Labormethode zur naß-chemischen Blutglukosebestimmung im venösen Plasma[3] [4] ▪ EKG [4] ▪ Sonographie[5], Doppler-oder Duplexsonographie[5]	Bestätigung durch Teilnahmeerklärung bei Antragstellung

[2] Qualitätsstandards gemäß der Ziffer 1.5.4.1 der Anlage 7 DMP-A-RL
[3] gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen in der jeweils aktuellen Fassung
[4] Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.
[5] Die Untersuchung kann entweder mit einer Genehmigung nach der Ultraschall-Vereinbarung oder als Auftragsleistung erbracht werden.

Überweisung vom koordinierenden Arzt / Einrichtung zu anderen Fachärzten / Einrichtungen

Bei Vorliegen folgender Indikationen **muss** der koordinierende Arzt / die koordinierende Einrichtung eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten / Einrichtungen unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und regionaler Besonderheiten veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht[6].

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

- bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-5 und/oder Armstrong-Klasse B, C oder D in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,
- zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut (vgl. Ziffer 1.5.1.3),
- bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung (vgl. Ziffer 1.6),
- zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene diabetologisch qualifizierte Einrichtung~~,~~.
  bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, Facharzt (z. B. Nephrologie) oder entsprechende Einrichtung.

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

- bei signifikanter Kreatinin-Erhöhung beziehungsweise bei Einschränkung der eGFR zur Nephrologin oder zum Nephrologen,
- bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,
- bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

Erfolgt im Einzelfall die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädiaterin, zum diabetologisch qualifizierten Pädiater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

- bei Erstmanifestation,
- bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
- bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
- zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
- bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwerts (in der Regel kleiner als 7,5 % bzw. 58 mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
- bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (zum Beispiel schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

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

[6] Ziffer 1.8.2.1. der Anlage 7 DMP-A-RL
[7] Ziffer 1.8.3. der Anlage 7 DMP-A-RL

Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung

Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere bei[7]:

- Notfall (in jedes Krankenhaus),

Notfall (in jedes Krankenhaus),

- ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung.
- Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,
- infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese sowie bei akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation in ein für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte stationäre Einrichtung,
- Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach in der Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
- Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Ziffer 4.2) qualifiziert ist,
- gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms (entsprechend Ziffer 4.2) von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ 1.

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

Anlage 5

-Teilnahmeerklärung Vertragsarzt-

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

Name, Vorname

Kassenarztstempel

Kassenärztliche Vereinigung
Hamburg
Postfach 76 06 20

22056 Hamburg

Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes:

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Das auf der Seite der KVH unter www.http://www.kvhh.net eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich, die Regelungen der Vereinbarung, insbesondere zu den Versorgungsinhalten und Kooperationsregeln nach § 9, den von mir zu übernehmenden Aufgaben nach Abschnitt II und der Qualitätssicherung nach Abschnitt IV einzuhalten.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- den in der Anlage (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
    - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
    - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
    - Weitergabe von Patientendaten an Dritte

  erfüllen.

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mit der Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die Kassenärztlichen Vereinigung in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meiner Daten gemäß Anlage 8 in dem Verzeichnis der Leistungserbringer nach § 8 der Vereinbarung,

- der Weitergabe dieses Verzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und der Veröffentlichung meiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 dieses Vertrages[1] sowie auf dem Internetauftritt der KVH.

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

Die in der Anlage 5a (Ergänzungserklärung zur Anlage Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Daten gemäß Anlage 8 in dem gesonderten Verzeichnis “Teilnehmer am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1“,

- die Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, die Datenstelle, die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, das BAS und der Veröffentlichung ihrer Daten im Leistungserbringerverzeichnis entsprechend § 8 sowie auf dem Internetauftritt der KVH.

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

Mir und den angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;

- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,

- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,

- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 12 getroffen werden können und

- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,

[1] Siehe Anlage 8 (Leistungserbringerverzeichnis).

meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Den in meinem Namen zwischen

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

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

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

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

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 im Rahmen des Vertrages zwischen der KVH und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden nehme ich teil:

(__) persönlich

(__) durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

(__) persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Ergänzungserklärung Leistungserbringer)

Ich erkläre:

An der Vereinbarung zur Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Krankenkassen möchte ich teilnehmen als:

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

In diesem Zusammenhang beantrage ich auch die Teilnahme als

☐ zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Insulinpumpentherapie ermächtigte(r)

☐ zur Behandlung von schwangeren Typ1-Diabetikerinnen ermächtigte(r)

☐ auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte(r)

Arzt/Praxis/Einrichtung.

☐ **diabetologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 2 i. V. m. Anlage 1 / Anlage 3 der Vereinbarung).**
Ich kooperiere mit folgendem(r) vertraglich eingebundenen diabetologisch_____ qualifizierten Pädiater/Einrichtung

☐ **Hausarzt in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung (§ 3 Abs. 3 i. V. m. Anlage 2 der Vereinbarung).**

Ich kooperiere mit:_____

☐ **diabetologisch qualifizierter Pädiater/pädiatrische Einrichtung (§ 3 Abs. 4 i. V. m. Anlage 3 der Vereinbarung).**

☐ **Schulungsarzt (§§ 3 Abs. 6 Nr. 5; § 20 i. V. m. Anlage 1, 14 und 15 der Vereinbarung).**

Nachweise über die Erfüllung der jeweils geltenden Anforderungen an die Strukturqualität:

☐ sind beigefügt ☐ liegen der KVH bereits vor.

Meine lebenslange Arztnummer lautet: _____

[LANR]

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

a)_____[BSNR und Anschrift]
b)_____[BSNR und Anschrift]
c)_____[BSNR und Anschrift]
d)_____[BSNR und Anschrift]
e)_____[BSNR und Anschrift]
f)_____[BSNR und Anschrift]

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden. Ich ermächtige sie insbesondere dazu,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und

2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 DMP-A-RL i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Das Arztmanual habe ich erhalten und seinen Inhalt zur Kenntnis genommen. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

_____ _____

Ort, Datum **Unterschrift Antragsteller/in**

Anlage 8 : Verzeichnis der Leistungserbringer

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

Technische Anlage

zur

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

Version:	**02**
Gültig ab:	**01.07.2020**
Stand:	**27.05.2020**

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0 Grundlage 3

1 Austauschformate 3

2 Dateiaufbau 3

2.1 Allgemeines 3

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei 4

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen 5

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN 6

0 Grundlage

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

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

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

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

1 Austauschformate

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

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

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

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

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

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

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = nummerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von nummerischen 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 ‘A’ - ‘Z’, ‘.’, ‘;’ und die Zeichen ‘0’ - ‘9’ zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

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

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

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

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

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

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	**Erläuterung**	***möglich für folgende Indikationen***	**Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis**
01	Arzt koordiniert	*alle*	
02	Arzt koordiniert nicht (Diese Angabe kann im DMP Diabetes Mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)	*alle*	
09	LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung	*DM1, DM2, KHK*	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	*DM1, DM2, KHK*	
11	Diabetesbuch für Kinder	*DM1*	
12	Jugendliche mit Diabetes	*DM1*	
13	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	*DM1, DM2, KHK*	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	*DM1, DM2, KHK*	
15	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	*DM1, DM2, KHK*	
22	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version	*DM1, DM2, KHK*	
23	HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)	*DM1, DM2, KHK*	
31	PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	*DM1, KHK*	
34	Behandlung Insulinpumpentherapie	*DM1, DM2*	
35	Behandlung Diabetisches Fußsyndrom	*DM1, DM2*	
36	Behandlung schwangere Frauen	*DM1*	

Anlage 9a: Dokumentationsdaten nach Anlage 2 DMP-A-RL

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

Anlage 2 Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Administrative Daten		
1	DMP-Fallnummer	Nummer
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse
5	Kostenträgerkennung	9- bzw. 7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)
7a	Vertragsarzt-Nummer	9-stellige Nummer
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/chronischer Rückenschmerz/Depression/Osteoporose
11	(weggefallen)[1) 2)]	
12	Geschlecht	Männlich/Weiblich/Unbestimmt/Divers
Allgemeine Anamnese- und Befunddaten		
13	Körpergröße	m
14	Körpergewicht	kg
15	Blutdruck[3)]	mm Hg

16	Raucher[4)]	Ja/Nein
17	Begleiterkrankungen	Arterielle Hypertonie/Fettstoffwechselstörung/ Diabetes mellitus/KHK/AVK/ Chronische Herzinsuffizienz/Asthma bronchiale/ COPD/Keine der genannten Erkrankungen
18	(weggefallen)	
Behandlungsplanung		
19	Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen	Tabakverzicht/Ernährungsberatung/ Körperliches Training
20	Dokumentationsintervall	Quartalsweise/Jedes zweite Quartal
21	(weggefallen)	

[1)] (weggefallen)
[2)] (weggefallen)
[3)] Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren, die wegen Asthma bronchiale eingeschrieben sind, nur optional auszufüllen
[4)] Diese Angabe ist ab dem vollendeten 12. Lebensjahr verpflichtend und bei jüngeren Kindern nur optional auszufüllen.

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wieder-holungs-schulung
1	**Typ 1-Diabetes** Je nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) für den jeweiligen Patienten kommt eines dieser Schulungsprogramme in Frage. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	**Schulung 1:** Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	Für alle Patienten mit Typ 1-Diabetes Gruppe bis zu 4 Patienten	12 UE à 25,00 €	97006	97006W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 1	Pro Patient	9,50 €	97007	-
		Schulung 2: Diabetes Buch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre)	Pro Patient Restbestände sind aufzubrauchen. Die 4. Auflage des Diabetes Buch für Kinder ist nicht verwendungsfähig und ist nicht Schulungsprogramm der Anlage 15.	19,90 €	97010	-
		Schulung 3: Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	Pro Patient	99,00 €	97013	-
		Schulung 4: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung – **ICT-Module** (Krakow et al.)	Gruppen von 4 bis 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	97011	97011W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 4	Pro Patient	9,00 €	97012	-
		Schulung 11: PRIMAS – „ Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1 –Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie“	Pro Patient Gruppen von 3-8 Patienten	12 UE a 25,00 €	97008	97008W
		Schulungsmaterial für Schulung 11	Pro Patient	14,00 €	97009	-
2	**Hypertonie bei Patienten mit Typ 1-Diabetes** Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	**Schulung 5:** Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus Gruppe bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	97014	97014W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 5	Pro Patient	9,50 €	97015	-
		Schulung 6: Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Für Typ 1-Diabetiker mit Hypertonus	4 UE à 20,00 €	97016	97016W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 6	Pro Patient	9,50 €	97017	-
		Schulung Nr. 7: Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	Die Schulung erfolgt so, dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. 6-12 Patienten je Schulungsgruppe	4 UE à 20,00 €	97018	97018W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 7	Pro Patient	9,50 €	97019	-

Nr.	Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen oder Rahmenbedingungen	Unterrichtseinheiten (UE) und Vergütung (1 UE = 90 Minuten)	GOP	GOP-Wieder-holungs-schulung
		Schulung 8: LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung, **Modul Hypertonie** (Krakow et al.)	Gruppen von 4- 6 Patienten	4 UE à 20,00 €	97023	97023W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 8	Pro Patient	9,00 €	97024	-
3	**Seltene Sonderfälle** Diese Schulungen kommen nur bei Patienten mit Typ 1-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unterzuckerungswahrnehmung zum Einsatz. Es ist jeweils nur eine dieser Schulungen pro Patient abrechenbar.	**Schulung 9:** Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III – deutsche Version	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), 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.	5 UE à 25,00 €	97025	97025W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 9	Pro Patient	9,00 €	97026	-
		Schulung 10: HyPOS (Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM1	Gruppen von 4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an DM1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenzerkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft	5 UE à 25,00 €	97027	97027W
		Schulungsmaterial für Schulung Nr. 10	Pro Patient	9,00 €	97028	-

Die Schulungen werden nur in der jeweils gültigen vom Bundesamt für Soziale Sicherung als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.
Die Kosten für das Schulungsmaterial erstatten die Krankenkassen pro teilnehmendem Patienten einmalig je Schulungsprogramm.

Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung). Die Schulungen 2 (Diabetes Buch für Kinder) und 3 (Jugendliche mit Diabetes) können nicht wiederholt werden.

Die Schulungen erfolgen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogramms in höchsten zwei aufeinander folgenden 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.