

6. Nachtrag

**zum Vertrag zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V**

Diabetes mellitus Typ 2 vom 28.06.2017

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

und

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
auch handelnd als Landesverband

der BIG direkt gesund
handelnd als IKK Landesverband Berlin
für die Innungskrankenkassen mit Versicherten in Berlin

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche
Krankenkasse**

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 Berlin/Brandenburg**

Der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 vom 28.06.2017 in der Fassung des 5. Nachtrages vom 29.03.2021 wird mit Wirkung zum 01.01.2022 wie folgt geändert:

1. § 2 Geltungsbereich

Im Absatz 1 in den Sätzen 1 und 2 wird „§ 400 Abs. 2 SGB V“ durch „§ 402 Abs. 2 SGB V“ ersetzt.

2. § 36 Laufzeit und Kündigung

Absatz 1 wird mit Satz 3 wie folgt ergänzt:

„Die KV Berlin kann mit einer Frist von vier Wochen zum 30.09.2022 kündigen, wenn zum 01.07.2022 noch keine strukturellen Anpassungen konsentiert sind.“

3. Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“

Die Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

4. Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“

Die Anlage „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

5. Anlage 5.1 „Teilnahmeerklärung des Arztes ‚Koordinierender Arzt‘ gem. § 3“

Die Anlage „Teilnahmeerklärung des Arztes ‚Koordinierender Arzt‘ gem. § 3“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

6. Anlage 5.2 „Teilnahmeerklärung des Arztes ‚Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor‘ gemäß § 3 und/oder § 4“

Die Anlage „Teilnahmeerklärung des Arztes ‚Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor‘ gemäß § 3 und/oder § 4“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

7. Anlage 5.3 „Ergänzungserklärung des Arztes“

Die Anlage 5.3 „Ergänzungserklärung des Arztes“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

8. Anlage 6 „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“

Die Anlage „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

9. Anlage 11 „Dokumentationsdaten“

Die Anlage „Dokumentationsdaten“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

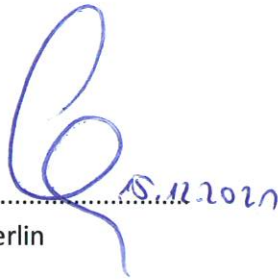
10. Anlage 12 „Patientenschulung“

Die Anlage „Patientenschulung“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

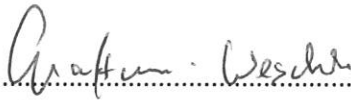
Berlin, Potsdam, Kassel, den 16.12.2021



Kassenärztliche Vereinigung Berlin



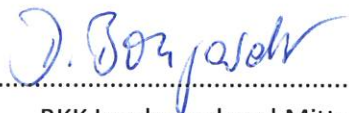
15.12.2021

16.12.21 

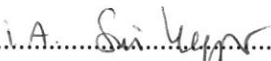
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
Dr. med. Katharina Graffmann-Weschke, MPH



BIG direkt gesund



BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Berlin und Brandenburg

14.12.2021 i.A. 

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Berlin

14.12.2021, i.A. 

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

16.12.2021 

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Strukturqualität koordinierender Arzt gemäß § 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus
Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das indikationsübergreifende Praxismanual bestätigen. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

In Ausnahmefällen können in Ergänzung zu Satz 1 auch diabetologisch qualifizierte Ärzte, die als Internist ohne Schwerpunkt oder mit einem Schwerpunkt an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, diese koordinierende Funktion – persönlich oder durch angestellte Ärzte – ausüben. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patienten bereits vor der Einschreibung von diesen Ärzten dauerhaft betreut worden sind oder wenn diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Satz 2 gilt entsprechend.

Ärzte, die die bis 31.12.2021 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.12.2021 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.01.2022 weiterhin am DMP teil.

Fachliche Voraussetzungen	Merkmale
1.) hausärztlicher Versorgungssektor	Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung
2.) qualifizierter Facharzt	Qualifikation entspricht der Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“
Weitere Voraussetzungen	Zeitpunkt/Häufigkeit
Information durch das indikationsübergreifende Praxismanual zu Beginn der Teilnahme	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme
Möglichkeit, Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen ¹	Bei Beginn der Teilnahme

¹ Qualitätsstandards 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)
Stand: 10.12.2021

<p>Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung, vorrangig im venösen Plasma und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)</p>	<p>Bei Beginn der Teilnahme</p>
<p>Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Reflexhammer, Stimmgabel, „Prüfung Thermosensibilität“)</p>	<p>Bei Beginn der Teilnahme</p>
<p>Diabetes-spezifische Fortbildung, z. B. durch Qualitätszirkel</p>	<p>Mindestens einmal pro Jahr, Inhalt und Dauer der Fortbildungsveranstaltung wird von der Gemeinsamen Einrichtung festgelegt.</p>

Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor gemäß § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus
Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die folgende Anforderungen an die Strukturqualität – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die Kenntnisnahme der Information durch das indikationsübergreifende Praxismanual bestätigen.

Ärzte, die die bis 31.12.2021 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.12.2021 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.01.2022 weiterhin am DMP teil.

	Voraussetzungen
Fachliche Anforderungen	<p><u>Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung als Diabetologe DDG oder - Subspezialisierung Diabetologie oder - Zusatzbezeichnung Diabetologie <p><u>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Anerkennung als Diabetologe DDG oder - Subspezialisierung Diabetologie oder - Zusatzbezeichnung Diabetologie oder - Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie <p><u>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie</u></p> <p>(bzw. Arzt/Ärztin mit einer gleichwertigen Facharzt- bzw. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung einer Ärztekammer)</p> <p><u>und jeweils</u></p> <p>dauerhafte Betreuung (mindestens 12 Monate) von Diabetepatienten</p> <p>Ärzte, welche bereits die Genehmigung - gemäß den Diabetes-Vereinbarungen mit dem BKK-LV Ost und der IKK Berlin vom 25.06.1996 und/oder der Diabetes-Vereinbarung mit dem VdAK sowie dem AEV, Landesvertretung Berlin, vom 20.06.1997 - zum Führen einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis haben, erfüllen die fachlichen Anforderungen.</p>

	Voraussetzungen
Organisatorische Anforderungen an jede für dieses DMP gemeldete Betriebsstätte	<p><u>Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Einrichtung ist von einem diabetologisch qualifizierten Arzt zu leiten ▪ Mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG oder ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeiteinstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen <p><u>Ausstattung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Blutdruckmessung gemäß den internationalen Empfehlungen¹ ▪ 24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung ▪ Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung vorrangig im venösen Plasma und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung) ▪ EKG² ▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, „Prüfung Thermosensibilität“) ▪ Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u. a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) in Eigen oder als Auftragsleistung ▪ Ein Schulungsraum muss vorhanden sein.
	Verpflichtungen
Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Information durch das indikationsübergreifende Praxismanual zu Beginn der Teilnahme • Regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal pro Jahr; Inhalt und Dauer regelt die Gemeinsame Einrichtung
Organisation	Änderungen der organisatorischen Anforderungen müssen der KV Berlin gemeldet werden.

¹ Qualitätsstandards 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)

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

	Voraussetzungen
	Urlaubs- und Krankheitsvertretung von Personal muss sichergestellt sein.
Zusammenarbeit	Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und -berufen insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 1 Ziffer 1.8.2 und 1.8.3 der DMP-A-RL

Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung erfüllt zusätzlich folgende Anforderungen an die Strukturqualität:

<p>Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung</p>	<p><u>Ärztliches und weiteres Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtung hat mind. einen diabetologisch qualifizierten Arzt mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Sollte dies kein diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß dieser Anlage sein, ist ein entsprechend qualifizierter Arzt oder eine entsprechend qualifizierte Einrichtung einzubeziehen. • medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung <p><u>Zusammenarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die fachliche Zusammenarbeit soll mit den entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen erfolgen (z. B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schuhmacher, Orthopädietechniker, Podologe, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom). <p><u>Ausstattung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Einrichtung soll über eine Ausstattung verfügen, die insbesondere eine angiologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall³, Fotodokumentation) und eine neurologische Basisdiagnostik (insbesondere Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) ermöglicht. • Geeignete Räumlichkeiten (z. B. mit Behandlungsstuhl oder -liege) sollen zur Verfügung stehen.
---	---

³ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

	<ul style="list-style-type: none">• Die Einrichtung soll Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen vorsehen (z. B. steriles Instrumentarium).• Bei Durchführung von Schulungen soll ein Raum vorhanden sein, der vornehmlich für Gruppenschulungen zur Verfügung steht und der über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügt; ein geeigneter Raum für Einzelschulungen muss vorhanden sein.
Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung als Fußambulanz	<p>Es gelten die vorbenannten Voraussetzungen zur auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtung.</p> <p>Darüber hinaus:</p> <p>Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG⁴</p>

⁴ Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen der Fußambulanz gem. § 3 Absatz 5 des Vertrages über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ gem. § 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz und die besonderen Vorschriften für die Datenverarbeitung 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

Anlage 5.1

- den bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu den DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meiner Daten in das „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkasse und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung meiner Daten in das „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das BAS und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkasse und Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3** des Vertrages teilnehmen.

Anlage 5.1

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich möchte Schulungen für Patienten im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 anbieten.

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigelegt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende fachliche Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

Folgende apparative Voraussetzungen werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten erfüllt:

Blutdruckmessung nach internationalen Empfehlungen¹

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung, vorrangig im venösen Plasma und HBA1c-Messung²

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, „Prüfung Thermosensibilität“)

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir anstellten Ärzte verpflichten sich außerdem:

zur Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen, z. B. Qualitätszirkel (mindestens einmal pro Jahr)

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

¹ Qualitätsstandards 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)

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Anlage 5.1

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen der Datenstelle nach § 25 des Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, 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 indikationsübergreifende Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Teilnahmeerklärung des Arztes

„Diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“

gemäß § 3 und/oder § 4

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Niederlassung zum: als:

Facharztanerkennung als/vom:

weitere Weiterbildungsabschlüsse:

(Schwerpunktbezeichnung/Subspezialisierung)

Praxisanschrift:

Meine lebenslange Arztnummer lautet:.....[LANR]

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin möchte ich teilnehmen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte gemäß § 11, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung 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, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

Anlage 5.2

- den 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 (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und für die Datensicherheit die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) i. V. m. dem Bundesdatenschutzgesetz und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte erfüllen,
- gegenüber der KV Berlin mit der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Berlin in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung meiner Daten in das „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- der Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkasse und deren Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

einverstanden.

Die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis über

- die Veröffentlichung meiner Daten in das „Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)“ gem. § 9,
- die Weitergabe des „Leistungserbringer-Verzeichnisses (ambulanter Sektor)“ an die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ, an die Krankenkassen bzw. deren Verbände, das BAS und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Krankenkassen und Verwendung für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und die Evaluation des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

erklärt.

Mir bzw. den in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist 4 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres beträgt.
2. meine Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet.
3. Ärzte bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 10 sanktioniert werden.

Anlage 5.2

Ich möchte als **koordinierender Arzt gemäß § 3 sowie als diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen.

ODER

Ich möchte als **diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß § 4** des Vertrages teilnehmen.

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Ich möchte Schulungen für Patienten im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 anbieten.

Ich möchte am Vertrag wie folgt teilnehmen:

persönlich

durch die bei mir angestellten Ärzte

Für die Teilnahme am Vertrag, durch bei mir angestellte Ärzte, habe ich die Anlage 5.3 (Ergänzungserklärung des Arztes) ausgefüllt und beigefügt.

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

a) _____ [BSNR]

b) _____ [NBSNR]

c) _____ [NBSNR]

Ich versichere, dass die nachfolgenden Voraussetzungen in jeder Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten werden.

Folgende fachliche Voraussetzungen werden durch mich erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin:

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie **oder**

Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

D. Ich habe bereits die Abrechnungsgenehmigung als Schwerpunktpraxis zur Diabetikerbetreuung erhalten.

Behandlung Diabetiker

Ich betreue in meiner Praxis dauerhaft (mindestens 12 Monate) Diabetespatienten.

Folgende organisatorische Voraussetzungen **zum Personal** werden in jeder oben genannten Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte vorgehalten:

Die Einrichtung wird von einem diabetologisch qualifizierten Arzt geleitet.

Mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG* oder ein/e Diabetesberater/in DDG* ist in Vollzeit bzw. in entsprechenden Teilzeitstellen angestellt.

* Entsprechende Nachweise werden durch mich bei der KV Berlin eingereicht.

Folgende organisatorische Voraussetzungen **zur Ausstattung** werden durch mich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erfüllt:

Blutdruckmessung nach den internationalen Empfehlungen¹

24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung²

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Reflexhammer, Stimmgabel, „Prüfung Thermosensibilität“)

Möglichkeit zur Durchführung eines EKG's³

Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung

Bereitstellung eines Schulungsraums

Zudem werden die Voraussetzungen für **eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung** gemäß Anlage 2 erfüllt:

und

Zusätzlich werden die Voraussetzungen einer Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG Anlage 2 (Fußambulanz) erfüllt:

Ich bzw. die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte verpflichten sich:

¹ Qualitätsstandards 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)

² gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

³ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie Stand:10.12.2021

zur Teilnahme an diabetes-spezifischen Fortbildungen, z. B. Qualitätszirkel (mindestens zweimal pro Jahr)

zur Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und -berufen insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Anlage 1 der DMP-A-RL

Ich verpflichte mich außerdem:

zur Sicherstellung der Urlaubs- und Krankheitsvertretung von Personal
Änderungen der organisatorischen Anforderungen der KV Berlin zu melden

Mit der Einschaltung der Datenstelle gemäß DMP-Vertrag bin ich einverstanden.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle gemäß § 25 geschlossenen Vertrag, wie er in den Verträgen zwischen der Datenstelle nach § 25 des Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, der Gemeinsamen Einrichtung DMP GbR sowie den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die in meiner Praxis im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL i. S. d. § 25 Abs. 2 RSAV an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.

Ich habe die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt zu informieren.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft DMP Berlin GbR, 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 indikationsübergreifende Praxismanual habe ich sowie die in der Anlage 5.3 („Ergänzungserklärung des Arztes“) genannten, bei mir angestellten Ärzte erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel
ggf. Unterschrift Leiter der Einrichtung

Ergänzungserklärung des Arztes

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Erklärung zu jedem angestellten Arzt

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als diabetol. qual. Arzt § 4 ab Datum

Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 3 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt/Ärztin sowie Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeit im hausärztlichen Versorgungssektor

- Folgende fachliche Voraussetzung gemäß § 4 wird durch den genannten, bei mir angestellten Arzt, erfüllt:

A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung

Anerkennung als Diabetologe DDG oder
Subspezialisierung Diabetologie oder
Zusatzbezeichnung Diabetologie

B. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

Anerkennung als Diabetologe DDG oder
Subspezialisierung Diabetologie oder
Zusatzbezeichnung Diabetologie oder
Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie

C. Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Behandlung Diabetiker

dauerhafte Betreuung (mindestens 12 Monate) von Diabetespatienten

Anlage 5.3

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte/r Ärztin/Arzt erbringt **keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Durchführung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der KV Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin:

Name, Vorname, Titel [LANR] [BSNR] o.[NBSNR] als koord. Arzt § 3 als diabetol. qual. Arzt § 4 ab Datum

Ort, Datum

Unterschrift angestellter Arzt

Unterschrift anstellender Arzt/
Leiter der Einrichtung und
Vertragsarztstempel

Anlage Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A1 = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V [1. Ebene]

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]

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

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennungen: „A1, B“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A1“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „A2“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

- 01 = Arzt koordiniert
- 02 = Arzt koordiniert nicht
- 04 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen
- 05 = MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)
- 06 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Insulin spritzen
- 07 = Schulungsprogramm für Typ2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen
- 09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung
- 10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching und Treatment Program (DTTP)
- 13 = Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)
- 14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie
- 15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)
- 22 = Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT)III – deutsche Version
- 23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)
- 30 = MEDIAS 2 ICT
- 34 = Behandlung Insulinpumpentherapie
- 35 = Behandlung Diabetes Fußsyndrom
- 40 = MEDIAS 2 BOT+SIT+CT
- F = Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG (Fußambulanz)

Anlage 6

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben
- Ärzte der Versorgungsebenen „A1“ und „A2“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- In der Versorgungsebene „A2“ sind fachärztlich tätige Internisten zu verschlüsseln, die die vertraglich vereinbarte Zwischenebene (Strukturqualität höher als „A1“ aber weniger als „B“) abbilden.
- 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 der Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis (Stadtbezirk)**	Telefon-Nr.	Versorgungsebene*	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Berechtigung*

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zur Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berichtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

Ergänzung je Zeile:

Ggf. anstellender Arzt/Einrichtung			Postanschrift Bezeichnung Arztpraxis/Einrichtung	Postanschrift Straße, Hausnr.	Postanschrift PLZ	Postanschrift Ort
Anrede	Titel	Name Vorname				

Anlage 11 – Dokumentationsdaten

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Indikationsübergreifende Dokumentation (ausgenommen Brustkrebs)

Lfd. Nr.	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	
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.

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 - Dokumentation

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	HbA1c-Wert	Wert in %/mmol/mol
1a	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio	Ja/Nein/Nicht untersucht
2	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Pathologische Urin-Albumin-Ausscheidung	Nicht untersucht/Nein/Ja
2a	eGFR	ml/min/1,73 m ² KOF/Nicht bestimmt
3	Fußstatus ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pulsstatus ⁶: unauffällig/auffällig/nicht untersucht 2. Sensibilitätsprüfung ⁶: unauffällig/auffällig/nicht untersucht 3. weiteres Risiko für Ulcus: Fußdeformität/Hyperkeratose mit Einblutung/Z. n. Ulcus/Z. n. Amputation/ja/nein/nicht untersucht 4. Ulkus: oberflächlich/tief/nein/nicht untersucht 5. (Wund)Infektion: ja/nein/nicht untersucht
3a	Injektionsstellen (bei Insulintherapie)	Unauffällig/Auffällig/Nicht untersucht
3b	Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr)	Jährlich/alle sechs Monate/alle drei Monate oder häufiger
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie/Diabetische Neuropathie/Diabetische Retinopathie
Relevante Ereignisse		
5	Relevante Ereignisse ²	Nierenersatztherapie/Erblindung/Amputation/ Herzinfarkt/Schlaganfall/Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation ³	Anzahl
7	(weggefallen)	(weggefallen)
8	Stationäre notfallmäßige	Anzahl

	Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation ³	
Medikamente		
9	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Insulin oder Insulin-Analoga	Ja/Nein
10	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Glibenclamid	Ja/Nein/Kontraindikation
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja/Nein/Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige antidiabetische Medikation ⁴	Ja/Nein
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/orale Antikoagulation
14	Betablocker	Ja/Nein/Kontraindikation
15	ACE-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation/ARB
16	HMG-CoA-Reduktase-Hemmer	Ja/Nein/Kontraindikation
17	Thiaziddiuretika, einschließlich Chlorthalidon	Ja/Nein/Kontraindikation
Schulung		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
18a	Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen ⁵	Diabetes-Schulung/Hypertonie-Schulung/Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja/Nein/War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
Behandlungsplanung		
20	HbA1c-Zielwert	Zielwert erreicht/Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt/Nicht durchgeführt/Veranlasst
22	Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	Ja/Nein/Veranlasst
23	Diabetesbezogene stationäre Einweisung	Ja/Nein/Veranlasst

1 Angabe des schwerer betroffenen Fußes.

2 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu dokumentieren.

3 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen zu machen.

4 Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß Richtlinien-Text hingewiesen werden.

5 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen. Die Angabe "Ja" soll erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von einem hinreichenden Schulungsstand auszugehen ist.

6 Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute Untersuchung notwendig. Diese Befunde sind in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu dokumentieren. Die Angabe "nicht untersucht" soll nur erfolgen, wenn der Status nicht bekannt ist, weil keine Untersuchung stattgefunden hat.

Anlage Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

Patientenschulungen nach § 22

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind, in der jeweils gültigen und vom BVA als verwendungsfähig erklärten Auflage, nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

1. Versicherte mit nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- 1.1 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen; Kronsbein P, Jörgens-V. Lancet 1988; 2: 1407-1411.
- 1.2 MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2); Kulzer-B. Diabetes-Journal 2/2001.
- 1.3 MEDIAS 2 BOT + SIT + CT (MEDIAS 2 BSC) Hermanns N, Ehrmann D, Schall S, Maier B, Haak T und Kulzer B: The effect of an education programme (MEDIAS 2 BSC) of non-intensive insulin treatment regimens for people with type 2 diabetes: a randomized, multi-centre trial. Diabet Med, Aug 2017, 34 (8): 1084-91.
- 1.4 LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung; Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B, (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbst-Selbstmanagement-Schulung, Diabetes Stoffw S. 77-89.

2. Versicherte mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2

- 2.1 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen;
 - a) Grüßer-M, Röger-Ch, Jörgens-V. Dtsch. Ärzteblatt 94, Heft 25, Juni 1999, A1756-A1757.
 - b) Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Jörgens-V. Patient Education and Counseling 29 (1996) 123-130.
- 2.2 Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; Kalfhaus-J, Berger-M. Diabetes and Metabolism 2000, 26, 197.
- 2.3 MEDIAS 2 ICT; Hermanns N, Kulzer B, Maier B, Mahr M, Haak T: The effect of an education programme (MEDIAS 2 ICT) involving intensive insulin treatment for people with type 2 diabetes. Patient Educ Couns. 2012 Feb;86(2):226-32.
- 2.4 LINDA- Diabetes-Selbstmanagementschulung; Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B, (2004), Evaluation der LINDA-Diabetes-Selbst-Selbstmanagement-Schulung, Diabetes Stoffw S. 77-89.
- 2.5 Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching an Treatment Program (DTTP)
 - a) Pieber-TR, Brunner-GA et al. Diabetes Care Vol.18, No.5, May 1995.
 - b) Mühlhauser-I, Bruckner-I, Berger-M, Chetney-V, Jörgens V, Ionescu-Trigviste-C, Scholz-V, Mincu-I. Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching program as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. 1987 Diabetologia 30: 681-690.

2.6 HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)¹

Hermanns N., Kutzer B., Kubiak T., Krichbaum M., Haak T.: (2007) The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 23(7), 528-538.

2.7 Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version²

Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm -Wolfsdorf G, Berger W, Cox D,: Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. *J Behav Med* 2005, 28:587 – 594.

3. Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2 und essentieller Hypertonie

3.1 Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP);

a) Heise-T, Jennen-E, Sawicki-P. *ZaeFQ* 95; 349-355. Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm.

b) Sawicki-PT, Mühlhauser-I, Didjreit-U et al. Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macroproteinuria. *Diabetic Medicine* 1995; 12: 893-898.

3.2 Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie; Grüßer-M, Hartmann-P, Schlottmann-N, Sawicki-P, Jörgens-V. Structured patient education for outpatients with hypertension: a model project in Germany. *J Human Hypertension* (1997) 11, 501-506.

3.3 Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für präventive Medizin)

a) Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE. Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin. [Results of an intensive training program for hypertension at the institute for Preventive Medicine] *Dtsch Med Wochenschr.* 200 Nov 17; 125 (46): 1385-9.

b) Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E, Gallert K, Walter H, Schmieder RE. Intensive training of patients with hypertension effective in modifying lifestyle risk factors. *J Hum Hypertens* 2004 Feb; 18 (2): 127-31.

¹ Nur für Erwachsene an DM 2 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.

² Nur für erwachsene Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, mit intensiver Insulintherapie behandelt werden und 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.