

## **5. Nachtrag**

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

### **Diabetes mellitus Typ 1**

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 Cottbus

**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 1 vom 01.02.2019 in der Fassung des 4. Nachtrages vom 16.12.2021 wird mit Wirkung zum 01.01.2023 wie folgt geändert:

**1. § 36 Laufzeit und Kündigung**

In Absatz 1 wird Satz 3 gestrichen.

**2. Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“**

Die Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

**3. Anlage 5.1 „Teilnahmeerklärung ‚Koordinierender Arzt‘ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt) gem. § 3 Abs. 2 und 3“**

Die Anlage 5.1 „Teilnahmeerklärung ‚Koordinierender Arzt‘ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt) gem. § 3 Abs. 2 und 3“ wird durch die anliegende gleichnamige Anlage ersetzt.

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

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

Berlin, Potsdam, Cottbus, Kassel, den 10. Nov. 2022

10. Nov. 2022



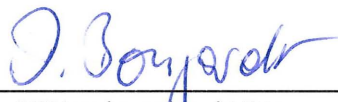
Kassenärztliche Vereinigung Berlin



AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



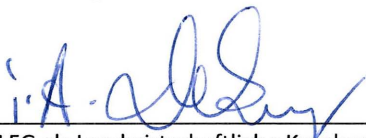
BIG direkt gesund



BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Berlin und Brandenburg



KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Cottbus



SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse



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

## Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V  
Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den  
Krankenkassenverbänden Berlin

### Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

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

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen bzw. nachweisen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die fachlichen Voraussetzungen für das nicht-ärztliche Personal und die apparativen/räumlichen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Besonderer Hinweis: Der teilnehmende Vertragsarzt bzw. das MVZ muss die Teilnahme nicht nur im Hinblick auf die koordinierende Funktion, sondern auch bezüglich der besonderen Fachkenntnisse – persönlich oder von angestellten Ärzten – erklären. Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte bzw. MVZ, die mindestens einen Diabetologen / eine Diabetologin in Vollzeit (38,5 Std.) oder mehrere Teilzeitkräfte in entsprechenden Teilzeiten (38,5 Std.) beschäftigen.

Ärzte, die bis 30.06.2021 die gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 30.06.2021 erhalten haben, nehmen auch nach dem 01.07.2021 weiterhin am DMP teil.

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1. Fachliche Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt	<p><u>Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Ärztin oder Arzt/Ärztin ohne Gebietsbezeichnung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkennung als Diabetologe DDG <b>oder</b></li> <li>- Subspezialisierung Diabetologie <b>oder</b></li> <li>- Zusatzbezeichnung Diabetologie</li> </ul> <p><u>Facharzt/-ärztin für Innere Medizin:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkennung als Diabetologe DDG <b>oder</b></li> <li>- Subspezialisierung Diabetologie <b>oder</b></li> <li>- Zusatzbezeichnung Diabetologie <b>oder</b></li> <li>- Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie bzw. Endokrinologie und Diabetologie</li> </ul> <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><b>und jeweils</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontinuierliche Behandlung und Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1</li> </ul> <p><u>jeweils</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information durch das Praxismanual;</li> <li>- Regelmäßige diabetesspezifische Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme</li> </ul>

## Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
1.a) Voraussetzung zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie	zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauerhafte Behandlung (mindestens seit 12 Monaten) von Patienten mit Insulinpumpe (ambulant und/oder stationär) und regelmäßige themenbezogene Fortbildung</li> </ul>
1.b) Voraussetzung zur Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1	zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dauerhafte Behandlung (in mind. 2 Quartalen je Kalenderjahr) von schwangeren Patientinnen (ambulant und/oder stationär) und regelmäßige themenbezogene Fortbildung</li> <li>- Zusammenarbeit mit einem geburtshilflichen Zentrum mit angeschlossener Neonatologie</li> </ul>
1.c) Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausreichende Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms</li> <li>- Fachliche Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und –berufen (z.B. Gefäßchirurgie, Chirurgie, Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie, Interventionelle Radiologie, Orthopädischer Schumacher, Orthopädietechniker, Podologie, stationäre Einrichtung mit Spezialisierung Diabetisches Fußsyndrom).</li> </ul>
1.d) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom <u>als Fußambulanz</u>	<u>Zusätzlich zu den fachlichen Voraussetzungen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt sowie den unter 1c beschriebenen Voraussetzungen:</u>  Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG <sup>1</sup>
2. Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<u>Qualifikation nicht-ärztliches Personal</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mindestens ein/e Diabetesberater/in<sup>2</sup> DDG in Vollzeitstellung (mindestens 38,5 Std) bzw. entsprechende Teilzeitstellen</li> <li>- Das Beschäftigungsverhältnis (bzw. die Beschäftigungsverhältnisse) muss direkt mit dem oder den Inhaber(n) der diabetologischen Schwerpunktpraxis geschlossen sein.</li> <li>- mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen</li> </ul>
2.a) Voraussetzung zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	<u>zusätzlich zu 2.:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geschultes medizinisches Assistenzpersonal insbesondere mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung</li> </ul>
2.b) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom <u>als Fußambulanz</u>	siehe Voraussetzungen unter 1d

<sup>1</sup> Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen der Fußambulanz gem. § 3 Abs. 1 Vertrag über die Abrechnung und Vergütung von Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1

<sup>2</sup> Nichtärztliche Fachkräfte, die am 01.01.2019 mit der Ausbildung entsprechend den bisher gelten Anforderungen bereits begonnen haben, sind nach Erfüllung eines Ausbildungsumfangs, der diesen vorherigen Vorgaben entspricht, berechtigt, Leistungen im Rahmen des DMP zu erbringen. Es ist jedoch erforderlich eine ergänzende Ausbildung gemäß den neuen Qualifikationsanforderungen spätestens bis zum 30.06.2020 abzuschließen. Sämtliche zuvor erworbene Ausbildungsanteile werden angerechnet.

## Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor

Voraussetzung	Beschreibung/Zeitpunkt/Häufigkeit
3. Apparative Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis</li> <li>- Blutdruckmessung gemäß den internationalen Empfehlungen</li> <li>- 24 Stunden-Blutdruckmessung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards)</li> <li>- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung vorrangig im Plasma und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)</li> <li>- EKG</li> <li>- Belastungs-EKG<sup>3</sup> (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)</li> <li>- Sonographie<sup>4</sup>, Doppler- oder Duplexsonographie<sup>3</sup> (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)</li> <li>- Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z. B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)</li> </ul>
3.a) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom	<p><u>zusätzlich zu 3.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- geeignete Räumlichkeiten (z. B. Behandlungsstuhl oder –liege mit ausreichender Lichtquelle)</li> <li>- Voraussetzungen für erforderliche therapeutische Maßnahmen (z. B. steriles Instrumentarium)</li> <li>- Möglichkeit zur angiologischen und neurologischen Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall, Fotodokumentation)</li> </ul>
3. b) zur Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom <u>als Fußambulanz</u>	<u>siehe Voraussetzungen unter 1d</u>
4. Schulungen	Die Schulung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.
4.a) Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	<p><u>zusätzlich zu 1.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der Leistungserbringer hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert, bei der KV nachzuweisen</li> <li>- 24-Stunden Erreichbarkeit des ärztlichen Personals während der Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms</li> </ul>
4.b) Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	<p><u>zusätzlich zu 2.:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweis der erforderlichen Teilnahme an einer Fortbildung, die zur Durchführung der angebotenen Schulung qualifiziert</li> </ul>
4.c) Räumliche Ausstattung der Praxen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Räumlichkeiten mit erforderlicher Ausstattung für Einzel- und Gruppenschulungen</li> <li>- Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten</li> </ul>
4.d) Weitere Anforderungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms in einem Zeitraum von möglichst zwei Wochen, in Abhängigkeit von der individuellen Patientensituation höchstens innerhalb von vier Wochen</li> <li>- Besprechung der individuellen Insulin-Dosisanpassung während des Schulungsprogramms zusammenhängend innerhalb von möglichst zwei Wochen</li> </ul>

<sup>3</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinie zur Ergometrie der Dt. Gesellschaft für Kardiologie

<sup>4</sup> Fachliche Voraussetzungen gemäß der Richtlinie „Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Ultraschalldiagnostik (Ultraschallvereinbarung)“ in der jeweils geltenden Fassung

## Anlage 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

„Koordinierender Arzt“ (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)

gem. § 3 Abs. 2 und 3

zu dem Vertrag zur Durchführung des Disease-Management-Programms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 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 1 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 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

- 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 der Datensicherheit 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 meines Namens und meiner Anschrift in dem gesonderten „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 Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten 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 ihres Namens und ihrer Anschrift in dem gesonderten „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 Evaluation der Dokumentationsdaten und Verwendung der Dokumentationsdaten für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV 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 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

Ich möchte am Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 als „**Koordinierender Arzt**“ (**diabetologisch besonders qualifizierter Arzt**) 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 1 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.

Die Teilnahme erfolgt in Vollzeit (mind. 38,5 Std. / wtl.) **oder**

durch mehrere Teilzeitkräfte (38,5 Std. / wtl.)

Die Erfüllung der wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 38,5 Std. weise ich mit dem beigefügten Arbeitsvertrag nach.

Folgende fachliche Voraussetzung wird durch mich erfüllt:

#### **A. Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin, Praktische/r Ärztin/Arzt oder Ärztin/Arzt ohne**

##### **Gebietsbezeichnung**

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Subspezialisierung Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

**und**

ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

#### **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



## Anlage 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

**und**

Ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

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

**und**

Ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) und regelmäßige Schulung von Patienten mit einem Diabetes mellitus Typ 1.

- D. diabetologisch qualifizierter Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin:**

Anerkennung als Diabetologe DDG **oder**

Zusatzbezeichnung Kinder-Endokrinologie und –Diabetologie **oder**

Zusatzbezeichnung Diabetologie

in Einzelfällen diabetologisch besonders qualifizierter Arzt gemäß Anlage 1 dieses Vertrages mit ausreichender Erfahrung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1

**und**

ich versichere die dauerhafte Behandlung (mindestens 12 Monate) von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1.

### E. Weitere Voraussetzungen

Ich erbringe als teilnehmender Arzt nach Buchstabe A, B oder C folgende zusätzliche Leistungen und erfülle dafür die Anforderungen der Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor:

Einleitung und Dauerbehandlung (mindestens seit 12 Monaten) von Patienten mit DM Typ 1 mit Insulinpumpentherapie

regelmäßige Behandlung von schwangeren Frauen mit DM Typ 1 (in mind. 2 Quartalen je Kalenderjahr)

Behandlung von Patienten mit DM Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom bei ausreichender Erfahrung

**und**

zusätzlich mit Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG gem. Anlage 1 (Fußambulanz)<sup>5</sup>

Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG<sup>6</sup>

Zertifizierung als Diabetologikum DDG<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen.

<sup>6</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen.

<sup>7</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen.

## Anlage 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

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

Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal

1. mindestens ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

**oder**

2. mindestens ein/e Diabetesberaterin mit einer der DDG vergleichbaren Ausbildung in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen   
gekennzeichnet durch

- Die Weiterbildung dauert mindestens ein Jahr und ist in zusammenhängenden Abschnitten konzipiert
- Die Weiterbildung besteht aus mindestens 480 Stunden theoretischem Unterricht und 1.000 Stunden praktischer Weiterbildung, von denen 250 Stunden als praktische Anleitung bzw. Unterricht nachzuweisen sind.

**oder**

3. Fachkräfte, die am 01.01.2019 bereits diabetologische Leistungen im Rahmen des DMP erbracht bzw. nachfolgende Qualifikationsanforderungen erfüllt haben:  
Diabetesberater/in DDG in Vollzeitanstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen

**und**

mindestens einmal jährliche Teilnahme des nicht-ärztlichen Fachpersonals an diabetesspezifischen Fortbildungen

### **Apparative Ausstattung**

Verfügbarkeit der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Vertragsarztpraxis/Einrichtung

Blutdruckmessung gem. den internationalen Empfehlungen

24 Stunden-Blutdruckmessung (als Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

EKG

Belastungs-EKG (in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Sonographie, Doppler- oder Duplexsonographie (jeweils in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament)

### Anlage 5.1 – Teilnahmeerklärung des Arztes

Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor bzw. Anlage 2 – Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen zur Teilnahme an diesem Vertrag erfülle. Entsprechende Nachweise füge ich dieser Teilnahmeerklärung bei.

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

zu einer regelmäßigen diabetesspezifischen Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal jährliche Teilnahme.

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

## Anlage 6 - Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und den Krankenkassenverbänden Berlin

### Leistungserbringerverzeichnis strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Diabetes Mellitus Typ 1 (ambulanter Sektor)

#### Versorgungsebenen (nur Einfachnennung möglich)

A = Diabetologisch besonders qualifizierter Arzt 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

B = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V sowie fachärztlicher Internist - in Ausnahmefällen\*

C = Diabetologisch besonders qualifizierter Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist

\* In der Versorgungsebene „B“ nehmen ebenfalls Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin teil, sofern sie nicht als diabetologisch besonders qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin in der Versorgungsebene „C“ teilnehmen.

#### Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht \*\*

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)

11 = Diabetesbuch für Kinder

12 = Jugendliche mit Diabetes

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 zur Basisschulung)

31 = PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie

34 = Behandlung Insulinpumpentherapie

35 = Behandlung Diabetisches Fußsyndrom

36 = Behandlung schwangere Frauen

D1 = Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG

D2 = Zertifizierung als Diabetologikum DDG

F = Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG (Fußambulanz)

\*\* Diese Angabe kann im DMP Diabetes mellitus Typ 1 nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.

## Anlage 6 - Leistungserbringer-Verzeichnis (ambulanter Sektor)

### Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte aller Versorgungsebenen 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.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Stadt- bezirk	Telefon	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungs- ebene*	Berechtigung*

\* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu 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-/Berechtigungs-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				Bezeichnung Arztpraxis/ Einrichtung	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort
Anrede	Titel	Name	Vorname				