

## **7. 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 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 2 vom 28.06.2017 in der Fassung des 6. Nachtrages vom 16.12.2021 wird mit Wirkung zum 01.10.2022 wie folgt geändert:

**1. § 36 Laufzeit und Kündigung**

In Absatz 1 wird Satz 3 gestrichen.

**2. Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“**

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

**3. 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.

**3. 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  
  
  

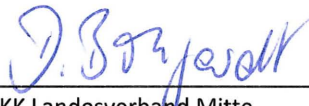

Kassenärztliche Vereinigung Berlin



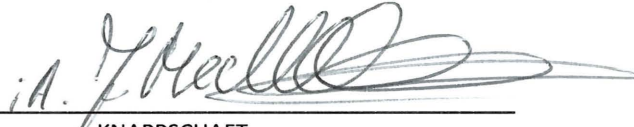
AOK Nordost - Die Gesundheitskasse



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

## 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
<b>Fachliche Anforderungen</b>	<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 oder</li> <li>- Subspezialisierung Diabetologie oder</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 oder</li> <li>- Subspezialisierung Diabetologie oder</li> <li>- Zusatzbezeichnung Diabetologie oder</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><u>und jeweils</u></b> dauerhafte Betreuung (mindestens 12 Monate) von Diabetespatienten</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</p>

	Voraussetzungen
	dem VdAK sowie dem AEV, Landesvertretung Berlin, vom 20.06.1997 - zum Führen einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis haben, erfüllen die fachlichen Anforderungen.
<b>Organisatorische Anforderungen an jede für dieses DMP gemeldete Betriebsstätte</b>	<p><u>Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Einrichtung ist von einem diabetologisch qualifizierten Arzt zu leiten</li> <li>▪ Mindestens ein/e Diabetesassistent/in DDG oder ein/e Diabetesberater/in DDG in Vollzeiteinstellung bzw. entsprechende Teilzeitstellen</li> </ul> <p><u>Ausstattung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blutdruckmessung gemäß den internationalen Empfehlungen<sup>1</sup></li> <li>▪ 24-Stunden Blutdruck-Messung (nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards) in Eigenleistung oder als Auftragsleistung</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ EKG<sup>2</sup></li> <li>▪ Möglichkeit zur Basisdiagnostik der Polyneuropathie (z.B. Stimmgabel, Reflexhammer, „Prüfung Thermosensibilität“)</li> <li>▪ Möglichkeit zur Bestimmung des Knöchel-Arm-Index (u.a. Doppler-Sonde 8-10 MHz) in Eigen oder als Auftragsleistung</li> <li>▪ Ein Schulungsraum muss vorhanden sein.</li> </ul>
	Verpflichtungen
<b>Fortbildung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information durch das indikationsübergreifende Praxismanual zu Beginn der Teilnahme</li> <li>• Regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung, z.B. durch Qualitätszirkel, mindestens zweimal pro Jahr; Inhalt und Dauer regelt die Gemeinsame Einrichtung</li> </ul>

<sup>1</sup>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)

<sup>2</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

	Voraussetzungen
<b>Organisation</b>	Änderungen der organisatorischen Anforderungen müssen der KV Berlin gemeldet werden. Urlaubs- und Krankheitsvertretung von Personal muss sichergestellt sein.
<b>Zusammenarbeit</b>	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><b>Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung</b></p>	<p><u>Ärztliches und weiteres Personal:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung</li> </ul> <p><u>Zusammenarbeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> </ul> <p><u>Ausstattung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einrichtung soll über eine Ausstattung verfügen, die insbesondere eine angiologische Basisdiagnostik (z. B. Doppler-Ultraschall<sup>3</sup>, Fotodokumentation) und eine neurologische Basisdiagnostik (insbesondere Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) ermöglicht.</li> <li>• Geeignete Räumlichkeiten (z. B. mit Behandlungsstuhl oder -liege) sollen zur Verfügung stehen.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Einrichtung soll Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen vorsehen (z. B. steriles Instrumentarium).</li> <li>• 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.</li> </ul>
<p><b>Eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung als Fußambulanz</b></p>	<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 DDG<sup>4</sup></p>

<sup>3</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

<sup>4</sup> Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen der Fußambulanz gem. § 4 Absatz 1 des Vertrages über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2

## 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 -

## Anlage 5.2

verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),

- 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.



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 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 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.

**E. zusätzliche Zertifizierungen der DDG**

Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG<sup>5</sup>

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

**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 Empfehlungen<sup>7</sup>

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

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

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

<sup>7</sup> 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)

Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung mit verfügbarer Labormethode zur nass-chemischen Blutglukosebestimmung und HbA1c-Messung<sup>8</sup>

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

Möglichkeit zur Durchführung eines EKG's<sup>9</sup>

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 liegt eine Zertifizierung als ambulantes Fußbehandlungszentrum der AG Diabetischer Fuß der DDG<sup>10</sup> (vgl. Anlage 2 Fußambulanz) vor:

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

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.

<sup>8</sup> gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (HbA1c-Messung in Eigenleistung oder als Auftragsleistung)

<sup>9</sup> Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

<sup>10</sup> Zertifizierungsnachweis ist dem Antrag beizufügen

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

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

D1 = Zertifizierung als Diabeteszentrum DDG

D2 = Zertifizierung als Diabetologikum DDG

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

**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				