Vergütungsvereinbarung

über

die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 nach § 137f SGB V (Vergütungsvereinbarung DMP DM1 und DM2)

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 20173 Hannover
zugleich für die Knappschaft – Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen zugleich für die Sozialversicherung der 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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen
Martinistr. 34, 28195 Bremen

im Folgenden „Krankenkassen“

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28
28209 Bremen
im Folgenden „KVHB“

Neufassung zum 01.10.2026

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte, Büro Bremen
zugleich für die Knappschaft; Regionaldirektion NORD

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

---

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Anlagen als Bestandteile des Vertrages

Anlage 1: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1

Anlage 2: Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2

Die Vertragspartner verfolgen einen diskriminierungsfreien Ansatz und sprechen mit ihren Inhalten ausdrücklich alle Personengruppen gleichermaßen an. Deshalb werden vorzugsweise geschlechterneutrale Substantive genutzt. Da die Vertragspartner auch großen Wert auf eine allgemeinverständliche Sprache legen, werden mitunter personenbezogene Formulierungen im generischen Maskulinum verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung regelt die Vergütung und Abrechnung der im Rahmen der Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V zu erbringenden ärztlichen Leistungen.

(2) Diese Vereinbarung gilt für
- Vertragsärzte - persönlich oder durch angestellte Ärzte - Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte in der Region der KVHB, die ihre Teilnahme zu einem strukturierten Behandlungsprogramm erklärt haben,
- die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben haben,
- die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVHB darüber informiert wurde.

(3) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte.

(4) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 2, 3. Spiegelstrich sowie des Absatzes 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

§ 2 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für in einem strukturierten Behandlungsprogramm eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit dem jeweiligen Honorarvertrag über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für das Vertragsgebiet Bremen zwischen KVHB und Krankenkassen abgegolten, soweit in den Anlagen keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(2) Die Vergütung nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sowie des Regelleistungsvolumens und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

(3) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag Vergütungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Änderung als Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgenommen werden, ist diese Vereinbarung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

(4) Die KVHB ist berechtigt, den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.

(5) Die KVHB stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVHB einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

(6) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der in dieser Vereinbarung enthaltenen Leistungen über einen Zeitraum von 4 vorliegenden abgerechneten Quartalen ab Inkrafttreten und werden über gegebenenfalls notwendige Maßnahmen verhandeln.

§ 3 Allgemeine Vergütungsregelungen zur Einschreibung und Dokumentation

(1) Die Abrechnung der in den Anlagen 1 und 2 beschriebenen Leistungen zur Einschreibung und Dokumentation bedarf der Genehmigung durch die KVHB. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu dem betreffenden strukturierten Behandlungsprogramm.

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Erst- und Folgedokumentation ist eine Einschreibung des Versicherten in das jeweilige strukturierte Behandlungsprogramm aufgrund der entsprechenden Vorschriften der RSAV und der DMP-A-RL.

(3) Die Vergütung für die Erstdokumentation ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Die Folgedokumentation kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

(4) Der koordinierende Arzt hat die Dokumentationen am Ort der Leistungserbringung elektronisch zu erfassen. Diese wird für die Behandlung nach den Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie, die Überprüfung der Einschreibung des Versicherten und ggf. die Schulung der Versicherten genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

(5) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen Versicherten fest und sendet die Dokumentationen innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des zu dokumentierenden Quartals an die Datenstelle.

(6) Der koordinierende Arzt informiert den Versicherten schriftlich über die übermittelten Daten. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

(7) Die KVHB erhält von der beauftragten Datenstelle gemäß Datenstellenvertrag für jedes Quartal bis spätestens 33 Tage nach Quartalsende einen Nachweis (Vergütungsdatei) der vollständig erbrachten, plausiblen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung von Dokumentationsleistungen der Krankenkassen an die KVHB.

(8) Zur Vermeidung von Doppelabrechnungen sind die koordinierenden Ärzte verpflichtet, sich vor einer Einschreibung durch Rückfrage bei dem Versicherten zu vergewissern, dass nicht bereits eine Einschreibung in das betreffende DMP vorgenommen wurde.

(9) Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit den Leistungen zur Einschreibung und Dokumentation sind in den in den Anlagen 1 und 2 geregelten Vergütungen enthalten.

(10) Die Abrechnung und Vergütung der Dokumentationen, der in den Anlagen 1 und 2 genannten Abrechnungspositionen, setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung der Abrechnungspositionen ausgeschlossen.

§ 4 Allgemeine Vergütungsregelungen zur Patientenschulung

(1) Die Abrechnung der in den Anlagen 1 und 2 beschriebenen Schulungsleistungen bedarf der Genehmigung durch die KVHB.

(2) Schulungsgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, die ihre Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm erklärt haben. Schulungsgemeinschaften dienen dem

Zweck, Patientenschulungen gemäß der Verträge zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen. An Schulungsmaßnahmen von Schulungsgemeinschaften können nur Patienten von Vertragsärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Vertragsarzt, für dessen Patienten diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gemäß den Anlagen 1 und 2 gegenüber der KVHB ab. Der Vertragsarzt muss die Voraussetzungen nach Abs. 1 erfüllen.

(3) Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je teilnehmendem Versicherten nur einmal berechnungsfähig, sofern nicht in der jeweiligen indikationsspezifischen Anlage eine andere Regelung vereinbart wurde. Je teilnehmendem Versicherten ist zudem nur eine Schulung für denselben Schulungsanlass berechnungsfähig. Schulungen bei Änderung der Therapieform sind davon nicht betroffen. Bei Teilnahme des Versicherten an mehreren DMP sind identische Schulungen, die in mehreren DMP angeboten werden, nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

(4) Der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann. Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig, sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand des Patienten ist dabei zu berücksichtigen.

(5) Die Vertragspartner beobachten die Preisentwicklung des Schulungsmaterials und werden sich über ggf. erforderliche Anpassungen verständigen.

§ 5 Laufzeit und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2026 in Kraft und ersetzt die Vereinbarung vom 01.10.2023. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(2) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesamtes für Soziale Sicherung, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 6 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 7 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlage 1

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1

§ 1 Vergütung Einschreibung und Dokumentation

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Einschreibung der Versicherten ggf. einschl. Beratung, Erstellung der Erstdokumentation, Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Gesundheitspasses Diabetes, falls vorhanden	20,00 Euro	99880
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Datenstelle ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Gesundheitspasses, falls vorhanden	10,00 Euro	99881
Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den koordinierenden Arzt erhält die Praxis eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale je eingeschriebenem Versicherten*	14,00 Euro	99984

* eine kontinuierliche Betreuung ist erfolgt, wenn für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und fristgerecht an die Datenstelle übermittelt wurden. Bei quartalsweisem Dokumentationsintervall: 4 Dokumentationen erforderlich. Bei halbjährlichem Dokumentationsintervall: 2 Dokumentationen erforderlich (jedes zweite Quartal)

(2) Die Einschreibepauschale (GOP 99880) kann nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99881) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

(3) Die Anspruchsentstehung und Auszahlung der Qualitätssicherungspauschale entsteht je DMP-Teilnehmer jeweils einmal im Krankheitsfall nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation in diesem Krankheitsfall. Die Auszahlung erfolgt im Quartal nach Beendigung des Krankheitsfalles an die Praxis (HBSNR). Die Pauschale wird durch die KVHB zugesetzt (GOP 99984).

Die Vergütungshöhe der Qualitätssicherungspauschale richtet sich nach der nachfolgenden Tabelle und wird wie folgt angepasst:

- Der Anteil der Versicherten, die aufgrund von zwei fehlenden Folgedokumentationen aus dem DMP DM1 ausgeschrieben wurden, wird bezogen auf alle aus dem DMP DM1 ausgeschriebenen Versicherten ermittelt.
- Die Auswertung erfolgt einmal jährlich zum 15.03. durch IQVIA.
- Das Auswertungsjahr umfasst den Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. eines Kalenderjahres für welchen die Übermittlungsfrist aller relevanten Dokumentationen abgelaufen ist.

Die Auswertungsergebnisse bilden die verbindliche Grundlage für eine etwaige Anpassung der Vergütungshöhe zum 01.04. desselben Jahres. Eine jährliche Anpassung der Vergütungsvereinbarung ist hierdurch bereits geregelt und somit gesondert nicht notwendig.

Anteil der Ausschreibungen	Neue Pauschalhöhe
> 60 %	13,50 €
> 55 %	14,00 €
< 55 %	14,50 €
< 50 %	15,00 €
< 45 %	15,50 €

§ 2 Vergütung der Schulungen Diabetes mellitus Typ 1

(1) DMP-Teilnehmer erhalten durch die diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) Zugang zu besonderen strukturierten und zielgruppenspezifischen Schulungsprogrammen. Diese Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL oder der RSAV widersprechen, muss verzichtet werden.

(2) Die jeweilige Nachschulung kann jeweils frühestens nach einem Jahr, d.h. im vierten Folgequartal nach Ende des Schulungsprogramms abgerechnet werden (ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre). Die Nachschulung ist maximal einmal im Kalenderjahr abrechnungsfähig. Die Nachschulung erfolgt in einer Schulungseinheit von mindestens 45 Minuten und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppenschulung mit bis zu 10 Personen durchgeführt werden.

(3) Soweit in Abs. 4 eine Qualitätspauschale aufgeführt ist, kann diese einmalig nach erfolgreichem Abschluss einer Schulung am Tag der letzten Unterrichtseinheit abgerechnet werden.

(4) Die folgenden Schulungen werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren bzw. - anbietern erbracht werden - wie folgt vergütet. Dabei umfasst eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 90 Minuten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

Programm	Anzahl Patienten / Hinweise zur Schulung	Zeitlicher Rahmen	Vergütung Schulung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP Schulung	Vergütung je Nachschulung	GOP Nach-schulung	Qualitäts-pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie (ZI Schulung)	bis zu 4 Patienten	12 UE	26,25 Euro	99884	21,00 Euro	99884N	31,50 Euro	99884Q
Schulungsprogramm: Diabetesbuch für Kinder	Einzelschulung; Übungsanteile in Kleingruppen Für 5 ½ - 12 jährige Kinder mit Diabetes mellitus Typ 1		27,30 Euro	99885	21,00 Euro	99885N	./.	./.
Schulungsprogramm: Jugendliche mit Diabetes	bis zu 4 -10 Patienten zwischen 13 und 18 Jahren	16 UE	27,30 Euro	99886	21,00 Euro	99886N	43,68 Euro	99886Q
Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI Schulung)	4 bis 6 Patienten Typ-1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 UE	21,00 Euro	99888	21,00 Euro	99888N	./.	./.
HyPOS –Schulungsprogramm (Hypoglycämie – Positives Selbstmanagement) nur als Ergänzung eines Basis-Schulungsprogramms für DM 1	Bis zu 6 Patienten nur für Erwachsene an DM 1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen,	5 UE (je 90 – 120 Minuten)	34,13 Euro	99893	21,00 Euro	99893N	17,06 Euro	99893Q

	Demenz- oder psychiatrischen Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft							
Primas Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes	Bis zu 3-8 Personen Patienten mit einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	12 UE	26,25 Euro	99894	21,00 Euro	99894N	31,50 Euro	99894Q
Linda – Selbstmanagement-Schulungsprogramm	Bis zu 4 Personen	5 bis 6 UE (90 bzw. 120 Min)	34,13 Euro	99895	21,00 Euro	99895N	20,48 Euro	99895Q
Kosten Schulungsmaterial: Diabetesbuch für Kinder	Pauschale je Patient	einmalig	22,90 Euro	99890	./.	./.	./.	./.
Kosten Schulungsmaterial: Jugendliche mit Diabetes	Pauschale je Patient	einmalig	100,00 Euro	99891	./.	./.	./.	./.
Kosten Schulungsmaterial: Primas	Pauschale je Patient	einmalig je Schulung	17,90 Euro ab 01.01.2027 19,90 Euro	99889	./.	./.	./.	./.
Kosten Schulungsmaterial: für alle weiteren aufgeführten Schulungsprogramme	Pauschale je Patient	einmalig je Schulung	9,55 Euro	99892	./.	./.	./.	./.

§ 3 Versorgungsstruktur

(1) Ziel der folgenden Regelungen ist die dauerhafte strukturierte und qualifizierte Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 im Land Bremen. In diesem Sinne sollen alle Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 die Möglichkeit erhalten, am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilzunehmen, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Regelungen dieser Vereinbarung sollen dies unterstützen und dürfen dem nicht entgegenstehen.

(2) Im Rahmen eines kontinuierlichen Versorgungsauftrages übernehmen die diabetologischen Schwerpunktpraxen gemäß § 3 Abs. 3 (DSP) die diabetologisch spezialisierte Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1.

(3) Die nachfolgenden Leistungen gem. § 5 können ausschließlich von den gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V anerkannten diabetologischen Schwerpunktpraxen erbracht werden, die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 des o.g. Vertrages erfüllen und am DMP teilnehmen. Dazu gehört insbesondere auch das Vorhalten der in dieser Anlage geforderten diabetologisch qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter Diabetesberater bzw. Diabetesassistent mit Zusatzqualifikation bzw. Fachkräfte in Weiterbildung.

(4) Der in der DSP tätige Arzt kann Leistungen an eine diabetologisch qualifizierte Fachkraft gemäß Abs. 3 delegieren. Der Arzt bleibt für die jeweilige übertragbare Tätigkeit verantwortlich. Er hat sicherzustellen, dass die diabetologisch qualifizierte Fachkraft über die im Rahmen der delegierten Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und die persönliche Eignung zur delegierten Leistungserbringung besitzt. Der Arzt hat die Pflicht

a) die diabetologisch qualifizierte Fachkraft zur selbständigen Durchführung der zu delegierbaren Leistung anzuleiten
b) die Tätigkeit abhängig vom Grad der Qualifikation der diabetologisch qualifizierten Fachkraft und der Schwierigkeit der Maßnahme zu überwachen
c) den Kenntnisstand der diabetologisch qualifizierte Fachkraft regelmäßig zu überprüfen und ggf. auch den Widerruf delegierter Tätigkeiten zu veranlassen.

(5) Zum Erhalt und zur stabilen langfristigen Sicherung der Struktur dieser spezialisierten Versorgung können die DSP gemäß Abs. 3 für die ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 (DMP DM 1) eingeschriebenen Versicherten die aufgeführten Leistungen erbringen und die dafür vereinbarten Vergütungen abrechnen. Dies gilt für alle in das DMP DM 1 eingeschriebenen Versicherten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

§ 4 Betreuungspauschalen

(1) Die Betreuungspauschale gem. Abs. 2 umfasst ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten und berücksichtigt dabei die Ergebnisse der regelmäßigen Verlaufskontrollen zur Erhebung des aktuellen Gesundheitsstatus und zur Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen. Dazu gehören insbesondere auch

a. die strukturierte Durchsicht der Patientendokumentation
b. die Erfassung von Therapiekomplikationen
c. die Überprüfung der Therapieziele, ggf. unter Anwendung des Shared-Decision-Making
d. Überprüfung der möglicher Begleit- bzw. Folgeerkrankungen

e. Veranlassung bzw. Koordination eines Augenarztbesuches zur Erhebung des ophthalmologischen Status sowie Koordination weiterer erforderlicher Facharzttermine
f. Durchführung oder Veranlassung von weiteren Kontrolluntersuchungen in individuell erforderlichen bzw. regelmäßigen Abständen
   - Labor nach Notwendigkeit und Schwere des Krankheitsfalles: Cholesterin gesamt, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride, Proteine, Nieren- und Leberfunktionswerte (Mikraltest)[1] und Ketone, ggf. Anforderung von Befunden zuweisender Ärzte, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden
   - Erhebung des Gefäßstatus (z.B. EKG, ggf. Langzeit-EKG bei Rhythmusstörungen, ggf. Dopplersonographie peripherer und zerebraler Gefäße, LZ RR (ABDM))
   - Erhebung des neurologischen Status (Reflexe, Stimmgabeltest des Vibrationsempfindens)
g. Beratung zu den Lebensstil verändernden Maßnahmen und Verweis auf Präventionsangebote
h. Aufklärung, Beratung, Motivation und Behandlung der Patienten und ggf. deren Angehöriger
i. Beratung bzw. Betreuung der Patienten mit psychosozialen Problemen, ggf. in Zusammenarbeit mit geeigneten Psychologen
j. Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten und anderen relevanten Berufsgruppen (z. B. Orthopädie-Schuhmacher, Podologe, Dipl. Ökotrophologe)
k. bei Überweisung an andere Leistungserbringer Übermittlung der therapierelevanten Informationen
l. bei Bedarf Übermittlung therapierelevanter Informationen an den Hausarzt (z.B. Medikation)

(2) Folgende Pauschalen sind abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Betreuungspauschale DM1 Kinder und Jugendliche < 18 Jahre	einmal je Quartal	50,00 €	99971
Betreuungspauschale für schwangere Typ 1-Diabetikerinnen	einmal je Quartal für max. vier Quartale (Zeit der Schwangerschaft bis 1 Quartal nach der Entbindung)	80,00 €	99973
Betreuungspauschale DM1 Erwachsene ≥ 18 Jahre	einmal je Quartal	35,00 €	99975

(3) Die GOP 99971, GOP 99973 sowie GOP 99975 sind in einem Quartal nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

(4) Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen gemäß GOP 99971 sollte nur durch einen diabetologisch qualifizierten Arzt mit der Fachrichtung Pädiatrie durchgeführt und abgerechnet werden.

§ 5 Individualisierte Intervention

(1) Durch gezielte Maßnahmen einer individualisierten Intervention sollen das Selbstmanagement von Kindern und Jugendlichen sowie Erwachsener unterstützt und damit Früh- und Spätkomplikationen zielgerichtet vermindert oder zumindest verzögert werden.

1 Die Durchführung des Mikraltestes zur Früherkennung einer Mikroalbuminurie bei Patienten ohne diabetische Retinopathie steht im Ermessen des Arztes.

(2) Diese Versorgung richtet sich an Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit schweren Verläufen und Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen. Das effiziente Management wirkt sich besonders bei der auf den individuellen Krankheitsverlauf abgestimmten qualitätsgesicherten und leitliniengerechten Therapie unter besonderer Berücksichtigung eines wirtschaftlichen Einsatzes der pharmakologischen Ressourcen aus.

(3) Die Maßnahme „Individualisierte Intervention bei Erstmanifestation eines Typ 1-Diabetes“ (GOP 99986) findet unverzüglich bei der Feststellung des Vorliegens eines Diabetes mellitus Typ 1 und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einschreibepauschale (GOP 99880) statt. Die Intervention ist innerhalb von zwei Quartalen nach der Einschreibepauschale abzuschließen. Die Frist beginnt mit der erstmaligen Abrechnung der Intervention (GOP 99986). Für Patienten, die nicht im zeitlichen Zusammenhang mit der Erstmanifestation eingeschrieben werden oder für die eine erneute Einschreibung aufgrund einer vorherigen Ausschreibung erfolgt, darf die Individualisierte Intervention bei Erstmanifestation nicht (erneut) abgerechnet werden.

(4) Die Maßnahme „Individualisierte Intervention für erwachsene Typ-1-Diabetiker“ (GOP 99988) und Personen des unmittelbaren Umfelds (die bereit und fähig sind, nach Einweisung unterstützend bei Defiziten der Selbstbehandlungsfähigkeit zu wirken) ist in folgenden medizinisch erforderlichen Fällen unter Angabe der entsprechenden gesicherten ICD 10-Kodierung möglich:

a. Schwere hypoglykämische Stoffwechselentgleisung (E10.91/E10.6)
b. Symptomatische hyperglykämische Stoffwechselentgleisung (E10.91/E10.6)
c. Einleitung einer Kortikoidtherapie bei Begleiterkrankung (z.B. COPD, rheumatoide Arthritis) mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (J44.1/M05/M06)
d. Notwendigkeit der Therapieoptimierung oder -umstellung bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion (N18)
e. Kardiale, zerebrovaskuläre oder makroangiopathische Ereignisse oder Verschlechterung des aktuellen Status, mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (z.B. Myocardinfarkt, Apoplex, pAVK u.a.) (I20/I63/I73.9)
f. Mikrovaskuläre Ereignisse oder Verschlechterung des aktuellen Status, mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (z.B. Retinopathie, Niereninsuffizienz u.a.) (E10.2/E10.3/E10.4/E10.5)
g. Diabetisches Fußsyndrom mit neuro-, angio-, und/oder osteoarthropathischen Läsionen (E10.74)
h. Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung bei psychischen Komorbiditäten (z.B. Depression) (F32.9/F33.9)
i. Erektile Dysfunktion/Diabetes mit Sexualstörung (E10.6 in Kombination mit N48.4).

Die Intervention ist nach dem Auftreten des entsprechenden Ereignisses gemäß Satz 1 innerhalb von zwei Quartalen zu erbringen. Die Frist beginnt mit der erstmaligen Abrechnung der Intervention.

(5) Die „Individualisierte Intervention für Kinder und Jugendliche <18 Jahre“ (GOP 99987) und Personen des unmittelbaren Umfelds (die bereit und fähig sind, nach Einweisung unterstützend bei Defiziten der Selbstbehandlungsfähigkeit zu wirken) ist unter den Bedingungen nach Abs. 4 sowie außerdem bei lebensverändernden Situationen wie der Eintritt in die Kindertagesstätte/den Kindergarten sowie Ein- und Umschulung abrechenbar.

(6) Die Inhalte der individualisierten Interventionen sind im Anhang 1 beschrieben.

(7) Eine individualisierte Intervention orientiert sich am konkreten Bedarf in der jeweils aktuellen Lebenssituation des Kindes/Jugendlichen bzw. Erwachsenen. Sie kann bei Vorliegen mindestens einer der Voraussetzungen gem. der Absätze 4 bis 5 in den festgelegten zeitlichen Mindestabständen gemäß Abs. 9 wiederholt werden.

(8) Eine individualisierte Intervention dauert mindestens 30 Minuten.

(9) Folgende Pauschalen sind abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Individualisierte Intervention bei Erstmanifestation eines Typ 1-Diabetes	max. 6x innerhalb von zwei Quartalen nach der erstmaligen DMP-Einschreibung abrechnungsfähig	30,00 €	99986
Individualisierte Intervention bei Kindern / Jugendlichen <18 Jahre	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungstag	30,00 €	99987
Individualisierte Intervention bei Erwachsenen ≥18 Jahre	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungstag	30,00 €	99988

(10) Die individualisierte Intervention von Kindern und Jugendlichen gemäß GOP 99987 sollte nur durch einen diabetologisch qualifizierten Arzt mit der Fachrichtung Pädiatrie durchgeführt und abgerechnet werden.

(11) Die GOP 99987 sowie GOP 99988 sind in einem Kalenderjahr jeweils maximal zweimal abrechnungsfähig. Die GOP 99986 ist nicht neben der GOP 99987 oder der GOP 99988 in einem Kalenderjahr abrechnungsfähig.

(12) Die Inhalte der individualisierten Interventionen sind vom behandelnden Arzt zu dokumentieren. Ergebnisse sollen gemeinsam mit dem betreffenden Patienten bzw. Erziehungsberechtigten im Sinne eines Zielplanprotokolls vereinbart werden.

(13) Die KVHB ist berechtigt, eine anlassbezogene Stichprobenprüfung durchzuführen. Der Arzt stellt in diesem Fall der KVHB auf deren Anforderung die entsprechenden Dokumentationen zur Verfügung.

§ 6 Insulinpumpeneinweisung

(1) Die Insulinpumpeneinweisung befähigt den Patienten über die Einführung in verschiedene Pumpenmodelle und deren Handhabung insbesondere zum Therapieselbstmanagement u.a. im Hinblick auf individuelle Basisratenprogrammierung sowie Therapieanpassungen bei z.B. Krankheit oder Sport.

(2) Die Inhalte der Insulinpumpenschulung sind im Anhang 2 beschrieben.

(3) Die DSP richtet mindestens während der Startphase der Einweisung für die teilnehmenden Patienten eine 24 h Hotline ein.

(4) Folgende Pauschale ist abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Insulinpumpeneinweisung	Bis zu vier Patienten, 12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	25,00 €	99982

(5) Die Verordnung einer Insulinpumpe bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Hilfsmittelkatalog in der jeweils geltenden Fassung ist bei der Verordnung zu beachten.

Anlage 2

Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2

§ 1 Vergütung Einschreibung und Dokumentation

(1) Für die plausiblen und vollständigen Dokumentationen und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach dem Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsinhalt	Vergütung pro Patient	GOP
Einschreibung der Versicherten ggf. einschl. Beratung, Erstellung der Erstdokumentation, Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Gesundheitspasses Diabetes, falls vorhanden	20,00 Euro	99900
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen an die Datenstelle ggf. einschl. Beratung durch den koordinierenden Arzt sowie ggf. das Führen des Gesundheitspasses, falls vorhanden	10,00 Euro	99901

(2) Die Einschreibepauschale (GOP 99900) kann nicht neben der Pauschale der Folgedokumentation (GOP 99901) abgerechnet werden (Ausnahme: Die erneute Einschreibung von aus dem DMP ausgeschiedenen Patienten (ED nach beendeter Teilnahme)).

(3) Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den koordinierenden Arzt erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 12,50 € je eingeschriebenem Versicherten, wenn er für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und fristgerecht an die Datenstelle übermittelt hat. Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall sind vier Dokumentationen und bei einem halbjährlichen Intervall sind zwei Dokumentationen vorgesehen. Der Anspruch entsteht jeweils einmal nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung und wird durch die KVHB zugesetzt (GOP 99985).

§ 2 Vergütung der Schulungen Diabetes mellitus Typ 2

(1) DMP-Teilnehmer erhalten Zugang zu besonderen Schulungsprogrammen und zielgruppenspezifischen Schulungsmaßnahmen. Diese Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL oder der RSAV widersprechen, muss verzichtet werden.

(2) Die jeweilige Nachschulung kann jeweils frühestens nach einem Jahr, d.h. im vierten Folgequartal nach Ende des Schulungsprogramms abgerechnet werden (ein Krankheitsfall umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre). Die Nachschulung ist maximal einmal im Kalenderjahr abrechnungsfähig. Die Nachschulung erfolgt in einer Schulungseinheit von mindestens 45 Minuten und kann sowohl als Einzel- als auch Gruppenschulung mit bis zu 10 Personen durchgeführt werden.

(3) Soweit in Abs. 4 eine Qualitätspauschale aufgeführt ist, kann diese einmalig nach erfolgreichem Abschluss einer Schulung am Tag der letzten Unterrichtseinheit abgerechnet werden.

(4) Die folgenden Schulungen werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren bzw. - anbietern erbracht werden - den schulenden Ärzten entsprechend ihres Genehmigungsumfangs wie folgt vergütet. Dabei umfasst eine Unterrichtseinheit einen Zeitraum von 90 Minuten, sofern nichts anderes vermerkt ist.

(5) Eine Überweisung zwischen kooperierenden Schwerpunktpraxen bezüglich Diabetiker-Schulungen ist möglich. Hierfür sind die jeweils vereinbarten Vergütungen für Schulungen abrechenbar.

Programm	Anzahl Patienten / Hinweise zur Schulung	Zeitlicher Rahmen	Vergütung Schulung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP Schulung	Vergütung je Nachschulung	GOP Nach-schulung	Qualitäts-pauschale (QSP)	GOP (QSP)
Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 10 Patienten	4 UE (in wöchentlichem Abstand)	25,00 Euro	99902	20,00 Euro	99902N	./.	./.
Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	5 UE, erste und zweite Unterrichtseinheit an aufeinander-folgenden Tagen, die übrigen in wöchentlichem Abstand	25,00 Euro	99903	20,00 Euro	99903N	./.	./.
Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI Schulung) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	bis zu 4 Patienten	5 UE	25,00 Euro	99904	20,00 Euro	99904N	./.	./.

Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI Schulung)	4 bis 6 Patienten Typ 2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 UE	20,00 Euro	99906	20,00 Euro	99906N	./.	./.
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	8 UE	25,00 Euro	99912	20,00 Euro	99912N	20,00 Euro	99912Q
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 6 Patienten	12 UE	15,00 Euro	99913	20,00 Euro	99913 N	18,00 Euro	99913Q
Medias 2 ICT (intensivierte Insulintherapie) Eine Hypertonie-Schulung ist integraler Bestandteil; **daher nicht neben einer Hypertonieschulung** im Krankheitsfall abrechnungsfähig Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	4 bis 8 Personen Insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	12 UE	25,00 Euro	99914	20,00 Euro	99914N	30,00 Euro	99914Q

Medias 2 BOT + SIT + CT (Medias 2 BSC) Im Videoformat: (V) – Videoschulung (W) – Nachschulung	3 bis 8 Personen Für Typ 2-Diabetiker mit nicht-intensivierter Insulintherapie	6 UE	25,00 Euro	99917	20,00 Euro	99917N	15,00 Euro	99917Q
SGS- Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker im höheren Lebensalter	bis zu 6 Patienten (ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	6 UE à 45 Min. (ohne Insulin-behandlung)	13,00 Euro	99915	20,00 Euro	99915N	7,80 Euro	99915Q
SGS- Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker im höheren Lebensalter	bis zu 6 Patienten (ab Vollendung des 65. Lebensjahres)	7 UE à 45 Min. (mit Insulin-behandlung)	15,00 Euro	99918	20,00 Euro	99918 N	10,50 Euro	99918Q
HyPOS –Schulungsprogramm (Hypoglycämie – Positives Selbstmanagement) als Ergänzung eines Basisschulungsprogramms für DM 2	Bis zu 6 Patienten nur für erwachsene an DM 2 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren), die insulinpflichtig sind und nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebserkrankungen, Demenz- oder psychiatrischen Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft	5 UE (je 90 – 120 Minuten)	32,50 Euro	99916	20,00 Euro	99916 N	16,25 Euro	99916Q

Kosten für das Schulungsmaterial: Medias 2, Medias 2 ICT, Medias 2 BOT+SIT+CT	Pauschale je Patient	Einmalig je Schulung	9,55 Euro ab 01.01.2027 13,90 Euro	99907	./.	./.	./.	./.
Kosten für das Schulungsmaterial für alle aufgeführten Schulungsprogramme	Pauschale je Patient	Einmalig je Schulung	9,55 Euro	99908	./.	./.	./.	./.

§ 3 Diabetologische Versorgungsstruktur

(1) Ziel der folgenden Regelungen ist die dauerhafte strukturierte und qualifizierte Versorgung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 im Land Bremen. In diesem Sinne sollen alle Menschen mit Diabetes mellitus Typ 2 die Möglichkeit erhalten, am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilzunehmen, sofern sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Die Regelungen dieser Vereinbarung sollen dies unterstützen und dürfen dem nicht entgegenstehen

(2) Die kontinuierliche Versorgung eines Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 übernehmen grundsätzlich Hausärzte gem. § 73 SGB V. Dazu gehört auch die Einschreibung und Betreuung der Patienten im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 (DMP DM 2). In Ausnahmefällen kann auch ein Arzt der DSP die dauerhafte Betreuung und Koordination eines Patienten übernehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Zu diesen medizinischen Gründen gehören insbesondere das wiederholte Auftreten von Ereignissen bzw. die dauerhafte Manifestation von Ereignissen gemäß § 5 Abs. 3. Bei einer Verbesserung der durch DM 2 beeinträchtigten Lebensqualität prüft der Arzt der DSP eine Rücküberweisung an den Hausarzt zur Übernahme der kontinuierlichen Betreuung.

(3) Der koordinierende Hausarzt[2] überweist den im DMP DM 2 eingeschriebenen Patienten im Bedarfsfall an eine diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) zur Mitbehandlung. Mit der Überweisung übermittelt er an die DSP folgende Informationen:

a. Bestätigung der Teilnahme am DMP DM 2 (DMP-Status gemäß eigener Kenntnis),
b. Kopie der letzten DMP DM 2- Dokumentation,
c. Angabe des konkreten Überweisungsauftrages (z.B. HbA1c-Einstellung o.ä.),
d. Eigene relevante Befunde,
e. Bei DSP-Wechsel die ausführlichen Befundberichte aus den letzten vier Quartalen der zuvor behandelnden bzw. mitbetreuenden DSP.

(4) Die DSP betreut und behandelt den im DMP DM 2 eingeschriebenen Patienten und übernimmt dabei folgende Informationspflichten:

a. Bei Überweisung durch den koordinierenden Hausarzt: Durchführung des Überweisungsauftrages zur Mitbehandlung und anschließendem schriftlichen Bericht an den koordinierenden Hausarzt zur weiteren kontinuierlichen Betreuung neben der medizinischen Bewertung insbesondere mit
   - einer Empfehlung zur weiteren diabetologischen Behandlung des Patienten,
   - dem Angebot einer kurzfristigen Wiedervorstellung des Patienten bei akuten Problemen
   - einem Terminvorschlag zur Wiedervorstellung in der DSP, soweit erforderlich,
b. Bei Behandlung in der eigenen DSP: Berichtspflicht der DSP an den Hausarzt mit schriftlichen Bericht über die diabetologische Betreuung, neben der medizinischen Bewertung insbesondere mit
   - der Aufforderung zur Übernahme des Patienten als koordinierender Hausarzt im Rahmen des DMP DM 2,
   - Empfehlungen zur weiteren diabetischen Behandlung des Patienten,
   - dem Angebot einer kurzfristigen Wiedervorstellung des Patienten bei akuten Problemen
   - einem Terminvorschlag zur Wiedervorstellung in der DSP, sofern erforderlich,

2 „Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3 des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V und dessen angestellte Ärzte, sofern sie DMP-Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

(5) Die DSP erbringt im Rahmen der Betreuungspauschale gem. § 4 Abs. 2 über die Informationspflichten an den Hausarzt gemäß Abs. 3 hinaus folgende Leistungen:
   a. Ausführliches Gespräch mit dem Patienten unter Berücksichtigung der Ergebnisse der regelmäßigen Verlaufskontrollen zur Erhebung des aktuellen Gesundheitsstatus,
   b. strukturierte Durchsicht der Patientendokumentation,
   c. Erfassung von Therapiekomplikationen,
   d. Überprüfung der Therapieziele, ggf. unter Anwendung des Shared-Decision-Making,
   e. Überprüfung bzw. Früherkennung möglicher Begleit- bzw. Folgeerkrankungen,
   f. Veranlassung bzw. Koordination eines Augenarztbesuches zur Erhebung des ophthalmologischen Status sowie Koordination weiterer erforderlicher Facharzttermine,
   g. Durchführung oder Veranlassung von weiteren Kontrolluntersuchungen in individuell erforderlichen bzw. regelmäßigen Abständen,
      - Labor nach Notwendigkeit und Schwere des Krankheitsfalles: Cholesterin gesamt, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyzeride, Proteine, Nieren- und Leberfunktionswerte (Mikraltest)[3] und Ketone, ggf. Anforderung von Befunden zuweisender Ärzte, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden
      - Erhebung des Gefäßstatus (z.B. EKG, ggf. Langzeit-EKG bei Rhythmusstörungen, ggf. Dopplersonographie peripherer und zerebraler Gefäße, LZ RR (ABDM))
      - Erhebung des neurologischen Status (Reflexe, Stimmgabeltest des Vibrationsempfindens)
   h. Beratung zu den Lebensstil verändernden Maßnahmen und Verweis auf Präventionsangebote,
   i. Aufklärung, Beratung, Motivation und Behandlung der Patienten und ggf. deren Angehöriger,
   j. Beratung bzw. Betreuung der Patienten mit psychosozialen Problemen, ggf. in Zusammenarbeit mit geeigneten Psychologen,
   k. Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten und anderen relevanten Berufsgruppen (z. B. Orthopädie-Schuhmacher, Podologe, Dipl. Ökotrophologe),
   l. bei Überweisung an andere Leistungserbringer Übermittlung der therapierelevanten Informationen.

(6) Zum Erhalt und zur stabilen langfristigen Sicherung der ineinandergreifenden und aufeinander aufbauenden diabetologischen Versorgungsstruktur können die am DMP DM 2 teilnehmenden Ärzte – abhängig von der Versorgungsebene - für die ins DMP DM 2 eingeschriebenen Versicherten die aufgeführten Leistungen erbringen und die dafür vereinbarten Vergütungen abrechnen.

(7) Die Leistungen gem. §§ 4 bis 6 können grundsätzlich für alle in das DMP DM 2 eingeschriebene Versicherte erbracht und abgerechnet werden, sofern nichts anderes vermerkt ist.

(8) Die nachfolgenden besonderen Vergütungen für die Versorgungsebene 2 werden ausschließlich an die gemäß § 4 des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 anerkannten diabetologischen Schwerpunktpraxen gezahlt, die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 2 des o.g. Vertrages erfüllen und am DMP DM 2 teilnehmen. Dazu gehört insbesondere auch das Vorhalten der in dieser Anlage geforderten diabetologisch qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter Diabetesberaterin bzw. Diabetesassistentin mit Zusatzqualifikation bzw. Fachkräfte in Weiterbildung.

3 Die Durchführung des Mikraltestes zur Früherkennung einer Mikroalbuminurie bei Patienten ohne diabetische Retinopathie steht im Ermessen des Arztes.

(9) Der in der DSP tätige Arzt kann Leistungen an eine diabetologisch qualifizierte Fachkraft gemäß Abs. 8 delegieren. Der Arzt bleibt für die jeweilige übertragbare Tätigkeit verantwortlich. Er hat sicherzustellen, dass die diabetologisch qualifizierte Fachkraft über die im Rahmen der delegierten Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und die persönliche Eignung zur delegierten Leistungserbringung besitzt. Der Arzt hat die Pflicht

a) die diabetologisch qualifizierte Fachkraft zur selbständigen Durchführung der zu delegierbaren Leistung anzuleiten
b) die Tätigkeit abhängig vom Grad der Qualifikation der diabetologisch qualifizierte Fachkraft und der Schwierigkeit der Maßnahme zu überwachen
c) den Kenntnisstand der diabetologisch qualifizierte Fachkraft regelmäßig zu überprüfen und ggf. auch den Widerruf delegierter Tätigkeiten zu veranlassen.

§ 4 Betreuungspauschalen

(1) Der koordinierende Hausarzt gemäß § 3 Abs. 2 des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 kann bei eigener kontinuierlicher Betreuung des Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 folgende Pauschale zusätzlich abrechnen:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Koordinierender Hausarzt: Betreuungspauschale Typ 2-Diabetes je Patient, der durch die Hausarztpraxis im DMP DM 2 koordinierend betreut wird	einmal je Quartal	10,00 €	99989

Die Leistung beinhaltet die Messung von Gewicht, Blutdruck und Blutzucker sowie die Fußinspektion und -palpation, Kontrolle des Patiententagebuchs und Fragen nach Hypoglykämien und Nikotinkonsum jeweils pro Dokumentationsquartal.
Soweit die eigene Qualifikation des koordinierenden Arztes für die Behandlung des Patienten nicht ausreicht, soll eine Überweisung als Auftragsleistung an eine DSP zur Mitbehandlung erfolgen. Auf dem Überweisungsschein sind neben dem Vermerk „DMP“ auch die Angaben gemäß § 3 Abs. 3 einzutragen.

(2) Die DSP kann für die Leistungen gem. § 3 Abs. 4 und 5 folgende Betreuungspauschalen abrechnen:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
DSP: Mitbehandlungspauschale für überwiesene Typ 2-Diabetiker	einmal im Quartal, maximal 2x im Kalenderjahr	55,00 €	99970
DSP: Betreuungspauschale für Typ 2-Diabetiker mit dauerhafter Betreuung durch die DSP	einmal im Quartal, maximal 2x im Kalenderjahr	30,00 €	99990

DSP: Betreuungspauschale für schwangere Typ-2-Diabetikerinnen	einmal je Quartal für max. vier Quartale (Zeit der Schwangerschaft bis 1 Quartal nach der Entbindung)	80,00 €	99991

(3) Die GOP 99970 ist in einem Quartal nicht neben der GOP 99901 abrechnungsfähig. Die GOP 99970, GOP 99990 sowie GOP 99991 sind in einem Quartal nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

(4) Die KVHB ist berechtigt, eine anlassbezogene Stichprobenprüfung durchzuführen. Der Arzt stellt in diesem Fall der KVHB auf deren Anforderung die entsprechenden Dokumentationen zur Verfügung.

§ 5 Individualisierte Intervention durch diabetologische Schwerpunktpraxen

(1) Durch gezielte Maßnahmen einer individualisierten Intervention sollen das Selbstmanagement von Patienten mit DM 2 unterstützt und damit Früh- und Spätkomplikationen zielgerichtet vermindert oder zumindest verzögert werden.

(2) Diese Versorgung richtet sich an Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 mit schweren Verläufen und Komplikationen und/oder Begleiterkrankungen. Das effiziente Management wirkt sich besonders bei der auf den individuellen Krankheitsverlauf abgestimmten qualitätsgesicherten und leitliniengerechten Therapie unter besonderer Berücksichtigung eines wirtschaftlichen Einsatzes der pharmakologischen Ressourcen aus.

(3) Die Maßnahme „Individualisierte Intervention für insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker“ (GOP 99992) und Personen des unmittelbaren Umfelds (die bereit und fähig sind, nach Einweisung unterstützend bei Defiziten der Selbstbehandlungsfähigkeit zu wirken) ist in folgenden medizinisch erforderlichen Fällen unter Angabe der entsprechenden gesicherten ICD 10-Kodierung möglich:

a. Schwere hypoglykämische Stoffwechselentgleisung (E11.91/E11.6)
b. Symptomatische hyperglykämische Stoffwechselentgleisung (E11.91/E11.6)
c. Einleitung einer Kortikoidtherapie bei Begleiterkrankung (z.B. COPD, rheumatoide Arthritis) mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (J44.1/M05/M06)
d. Notwendigkeit der Therapieoptimierung oder -umstellung bei akuter Verschlechterung der Nierenfunktion (N18)
e. Kardiale, zerebrovaskuläre oder makroangiopathische Ereignisse oder Verschlechterung des aktuellen Status, mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (z.B. Myocardinfarkt, Apoplex, pAVK u.a.) (I20/I63/I73.9)
f. Mikrovaskuläre Ereignisse oder Verschlechterung des aktuellen Status, mit der Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung (z.B. Retinopathie, Niereninsuffizienz u.a.) (E11.2/E11.3/E11.4/ E11.5)
g. Diabetisches Fußsyndrom mit neuro-, angio-, und/oder osteoarthropathischen Läsionen (E11.74)
h. Notwendigkeit einer Therapieoptimierung oder -umstellung bei psychischen Komorbiditäten (z.B. Depression) (F32.9/F33.9)
i. Erektile Dysfunktion/Diabetes mit Sexualstörung (E11.6 in Kombination mit N48.4)
j. Bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren bei lebensverändernden Situationen wie der Eintritt in die Kindertagesstätte/den Kindergarten sowie Ein- und Umschulung

Die Intervention ist nach dem Auftreten des entsprechenden Ereignisses gemäß Satz 1 innerhalb von zwei Quartalen zu erbringen. Die Frist beginnt mit der erstmaligen Abrechnung der Intervention.

(4) Die Inhalte der individualisierten Interventionen sind im **Anhang 1** beschrieben.

(5) Eine individualisierte Intervention orientiert sich am konkreten Bedarf in der jeweils aktuellen Lebenssituation des Patienten. Sie kann bei Vorliegen mindestens einer der Voraussetzungen gem. **Abs. 3** in den festgelegten zeitlichen Mindestabständen gemäß **Abs. 7** wiederholt werden.

(6) Eine individualisierte Intervention dauert mindestens 30 Minuten.

(7) Folgende Pauschalen sind für die DSP abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Individualisierte Intervention bei insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern mit einem Ereignis nach Abs. 3	max. 2x innerhalb eines Kalenderjahres, jedoch nicht am gleichen Behandlungstag	30,00 €	99992

(8) Die Inhalte der individualisierten Inventionen sind vom behandelnden Arzt zu dokumentieren. Ergebnisse sollen gemeinsam mit dem betreffenden Patienten bzw. Erziehungsberechtigten im Sinne eines Zielplanprotokolls vereinbart werden.

(9) Die KVHB ist berechtigt, eine anlassbezogene Stichprobenprüfung durchzuführen. Der Arzt stellt in diesem Fall der KVHB auf deren Anforderung die entsprechenden Dokumentationen zur Verfügung.

§ 6 Insulinpumpeneinweisung durch diabetologische Schwerpunktpraxen

(1) Die Insulinpumpeneinweisung befähigt den Patienten über die Einführung in verschiedene Pumpenmodelle und deren Handhabung insbesondere zum Therapieselbstmanagement u.a. im Hinblick auf individuelle Basisratenprogrammierung sowie Therapieanpassungen bei z.B. Krankheit oder Sport.

(2) Die Inhalte der Insulinpumpenschulung sind im **Anhang 2** beschrieben.

(3) Die DSP richtet mindestens während der Startphase der Einweisung für die teilnehmenden Patienten eine 24 h Hotline ein.

(4) Folgende Pauschale ist für die DSP abrechnungsfähig:

Leistungsinhalt	Hinweis	Vergütung pro Patient	GOP
Insulinpumpeneinweisung	Bis zu vier Patienten, 12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	25,00 €	99993

(5) Die Verordnung einer Insulinpumpe bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Hilfsmittelkatalog in der jeweils geltenden Fassung ist bei der Verordnung zu beachten.

§ 7 Wirtschaftlichkeit

Sollte ein am DMP teilnehmender Hausarzt durch die Verordnung diabetologischer Präparate in die Wirtschaftlichkeitsprüfung kommen, so werden diese mit dem Nachweis der Insulineinstellung bzw. moderner, innovativer Antidiabetika durch die DSP als Praxisbesonderheit berücksichtigt.