

Anlage 6: Leistungserbringerverzeichnis – ambulanter Sektor

Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Koronare Herzkrankheit (KHK) (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.07.2019

Stand: 26.06.2019

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

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

B = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher nicht-invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

C = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

E = Ärzte, ausschließlich schulend (Diese Angabe kann im DMP KHK nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

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

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

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)

16 = SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

39 = Kardio-Fit

40 = MEDIAS 2 BOT+SIT+CT für Menschen mit Typ 2-Diabetes und einer nicht-intensivierten Insulintherapie

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ oder „C“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebene „E“ sind ausschließlich schulend tätig. Im Feld Berechtigung sind das Kennzeichen „02“ (Arzt koordiniert nicht) und die Schulungsberechtigungen anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und 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.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).