
Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis

zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Chronische Herzinsuffizienz (HI)
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Krankenkassen in Hessen

Vorlage zur Erstellung des Verzeichnisses am DMP teilnehmender Vertragsärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

1. Ambulanter Sektor

Versorgungsebenen (nur Einfachnennungen möglich) A = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß § 73 SGB V [1. Ebene] B = Vertraglich eingebundener zugelassener oder ermächtigter kardiologisch qualifizierter Facharzt, oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist [2. Ebene] E = Ärzte, ausschließlich schulend Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „E“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.	Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich) 01 = Arzt koordiniert 02 = Arzt koordiniert nicht 45 = Teilnahme am „Telemonitoring bei Herzinsuffizienz“ 46 = Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz (P) Hinweise zur Angabe der Berechtigungen • Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ <u>oder</u> „02“ anzugeben. • Ärzte der Versorgungsebenen „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden. • 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 ein Arzt der Versorgungsebene „B“ 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**	Telefon-Nr.	Fax-Nr.	E-Mail	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.

2. Stationärer Sektor (Verzeichnis „Teilnehmende Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen am Behandlungsprogramm Herzinsuffizienz“)

IK der stationären Einrichtung	Name der stationären Einrichtung	Straße, Haus-Nr.	PLZ	ORT	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsoption

Versorgungsoption (Mehrfachnennungen möglich)

A = Krankenhaus mit ausschließlich nicht-invasiver Diagnostik/Therapie

B = Krankenhaus mit invasiver (und nicht-invasiver) Diagnostik/Therapie

C = Herz-Thoraxchirurgie

D = Rehabilitationseinrichtung