

**Vertrag zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)**

nach § 137f SGB V

auf der Grundlage des § 83 SGB V

zur Verbesserung der Qualität

der Versorgung von Typ 2-Diabetikern

zwischen

der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST,

der IKK - Die Innovationskasse.,

der KNAPPSCHAFT,

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK)**

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 Schleswig-Holstein,

(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt),

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KVSH genannt)**

Inhalt

Erläuterungen	4
Übersicht Anlagen	5
Abschnitt I	
Ziele, Geltungsbereich	6
§ 1 Ziel des Vertrages	6
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze	7
Abschnitt II	
Teilnahme der Ärzte	7
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors ..	7
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors	9
§ 5 Überprüfung der Strukturqualitäten	11
§ 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	11
§ 7 Ärzteverzeichnisse	12
Abschnitt III	
Versorgungsinhalte	12
§ 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2	12
Abschnitt IV	
Qualitätssicherung	13
§ 9 Grundlagen und Ziele	13
§ 10 Maßnahmen und Indikatoren	13
§ 11 Vertragsmaßnahmen	14
Abschnitt V	
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	14
§ 12 Teilnahmevoraussetzungen	14
§ 13 Information	15
§ 14 Einschreibung	15
§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme	16
§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes	17
Abschnitt VI	
Information von Ärzten und Schulungen von Patienten	17
§ 17 Information für teilnehmende Ärzte	17
§ 18 Schulungen von Versicherten	18
Abschnitt VII	
Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung, beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben	18
§ 19 Arbeitsgemeinschaft	18
§ 20 Gemeinsame Einrichtung	18
§ 21 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	19
§ 22 Datenstelle	19
§ 23 Datenfluss zur Datenstelle	19

§ 24 Datenzugang	20
§ 25 Datenaufbewahrung.....	20
§ 26 Evaluation	20
Abschnitt X	
Vergütung und Abrechnung	21
§ 27 Vertragsärztliche Leistungen.....	21
§ 28 Sondervergütung	21
Abschnitt XI	
Sonstige Bestimmungen	22
§ 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	22
§ 30 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	22
§ 31 Erstattung von Verwaltungskosten.....	22
§ 32 Laufzeit und Kündigung	23
§ 33 Schriftform	23
§ 34 Salvatorische Klausel.....	24

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und bei Ärzten, kommunalen Einrichtungen sowie bei Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, die Leistungen gemäß §§ 3 oder 4 erbringen.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. §§ 19.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Betriebsstätte“ ist eine Betriebsstätte oder ggf. Nebenbetriebsstätte i. S. d. Bundesmantelvertrags-Ärzte bzw. Arzt-Ersatzkassenvertrages.

„Datenstelle“ ist eine solche i.S.d. § 22.

„DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie).

„Dokumentationsdaten“ sind die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL.

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

„Facharzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 4

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S. d. §§ 20.

„Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3 und des § 4 Abs. 6.

„Leistungserbringer“ sind Leistungserbringer im Sinne des 4. Kapitels des SGB V.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

„SGB V“ ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches.

Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die aktuelle gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Übersicht Anlagen

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil des Vertrags.

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3
- Anlage 2 Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4
- Anlage 3 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 4 Ärzteverzeichnis
- Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter (TE/EWE)
- Anlage 6 Qualitätssicherung
- Anlage 7 Regelungen zur Vergütung und zu Schulungen
- Anlage 8 Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziel des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordinierung der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Die Vertragspartner wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Schleswig-Holstein hin.
- (2) Die Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind in den §§ 24 und 25 der RSAV, die Ziele und die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Nummer 1.3.1 der Anlage 1 DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen,
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.
- (3) Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (4) Den Versicherten wird durch individuelle Beratungen und Informationen die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.
- (5) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im Rahmen dieses Vertrages die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört werden soll.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Ärzte im Bereich der KVSH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.

(2) Dieser Vertrag gilt für:

- die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVSH darüber informiert wurde.
- die Innungskrankenkassen außerhalb Schleswig-Holsteins, wenn sie ihren Beitritt gegenüber der IKK– Die Innovationskasse erklärt haben und die KVSH darüber informiert wurde.
- die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären.

(3) Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

(4) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß diesem Vertrag zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

(1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Ärzte, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.

(3) Jeder Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.

- (4) Zu den Pflichten des teilnehmenden Arztes (koordinierender Arzt) gehören insbesondere:
1. Die Behandlung der Versicherten sowie die Koordinierung der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß §§ 13 und 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII,
 3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL nach Abschnitt VII innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Motivation der insulinpflichtigen und nichtinsulinpflichtigen Typ 2-Diabetiker zur Teilnahme an einer strukturierten Diabetikerschulung und die Durchführung von Schulungen von Versicherten gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 1 gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist
 6. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 1 der DMP-A-RL, Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 4 sowie an einen Augenarzt soll der Vermerk „DMP“ auf dem Überweisungsschein angebracht werden.
 7. bei Überweisung gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 1 DMP-A-RL an andere Ärzte
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 8, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zeitnah zu übermitteln,
 - von diesen Ärzten therapierelevante Informationen einzufordern,
 8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in eine vertraglich eingebundene stationäre Einrichtung vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.8.4 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
 10. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten.

11. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1-11 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte sofern sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4“ zu diesem Vertrag erfüllen.
- (3) Die Strukturqualität muss von den teilnehmenden Ärzten zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden.
- (4) Jeder Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 2 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (5) Die Tätigkeit des Arztes sollte auf Überweisung mit einem Vermerk „DMP“ erfolgen. Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 8 geregelten Versorgungsinhalte. Die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt in Abhängigkeit der medizinischen Dringlichkeit schnellstmöglich nach Anmeldung,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 9, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Schulungen von Versicherten gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 2 gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist und nur bei Patienten, die diese Schulungen nicht bereits bei einem anderen Arzt erhalten haben,

4. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Nummer 1.8. der Anlage 1 DMP-A-RL. Dabei sollte der Vermerk „DMP“ auf dem Überweisungsschein angebracht werden,
5. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 8, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zeitnah zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen auch zur Erstellung der Dokumentation einzufordern,
6. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen auch zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
7. nach Abschluss der Mit- oder Weiterbehandlung wird der Versicherte in der Regel innerhalb von längstens 6 Monaten wieder an den koordinierenden Arzt nach § 3 abgegeben. Eine Verlängerung dieses Zeitraumes ist nur in Abstimmung mit dem koordinierenden Arzt zulässig. Bei einer solchen obligatorischen "Rücküberweisung" des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 sind therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln. Organisation einer regelmäßigen Erreichbarkeit für Rückfragen des koordinierenden Arztes bei akuten Patientenproblemen und in Krisensituationen (24 Stunden Erreichbarkeit wird angestrebt),
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in eine vertraglich eingebundene stationäre Einrichtung vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen. Der koordinierende Arzt ist hiervon zu unterrichten,
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.8.4 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
10. bei zusätzlichem Nachweis der speziellen Anforderungen zur Behandlung des diabetischen Fußes gem. Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4“ auch die Durchführung dieser Behandlung.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1 - 10 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

- (6) Ärzte, die die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, können gemäß Nummer 1.8.1 der Anlage 1 DMP-A-RL in Ausnahmefällen die Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen übernehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für den Arzt gilt in diesem Fall § 3 Abs. 4 entsprechend. Die Behandlung in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis ist bei DMP-Versicherten, die durch eine Schwerpunktpraxis eingeschrieben wurden, auf längstens 6 Monate beschränkt. Im Übrigen gelten die Grundsätze der Überweiskriterien gemäß Nummer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL.

§ 5

Überprüfung der Strukturqualitäten

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag gemäß Anlage 3 vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den Anlagen 1 und 2 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahmegenehmigung. Die Strukturqualität muss von den Ärzten spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVSH nachgewiesen werden.
- (2) Die KVSH prüft die Voraussetzungen von Vertragsärzten entsprechend den Anforderungen des Schulungsprogramms und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Schulungsgenehmigung.

§ 6

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahmegenehmigung mit dem Tag der Unterschrift gemäß der Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 11 oder durch Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.
- (4) Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder § 4, so ist dieser Arzt von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte aufmerksam machen.
- (6) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner mittels des Ärzteverzeichnisses nach § 7 über das Ende der Teilnahme.

§ 7

Ärzteverzeichnisse

- (1) Die KVSH führt ein Verzeichnis entsprechend der Anlage 4 über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß den §§ 3 und 4 (Ärzteverzeichnis). Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen /-verbänden einmal im Monat in elektronisch lesbare Form (z.B. Excel-Datei) zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Verzeichnis über die teilnehmenden stationären Einrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVSH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Weiterhin werden die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 2 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung.
 3. der Datenstelle nach § 22,
 4. dem BAS alle 5 Jahre und auf Anforderung,
 5. der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung.
- (4) Die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 2 können veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 8

Medizinische Anforderungen an das DMP

Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 1 DMP-A- RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 1 DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVSH über eingetretene Änderungen der Anforderungen an die Behandlung unterrichtet.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 9

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 1 DMP-A-RL,
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlagen 1 und 2,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend Nummer 2 der Anlage 1 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Die Maßnahmen bestehen aus strukturiertem Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle. Zusätzlich kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Die Maßnahmen entsprechen § 2 DMP-A-RL und werden ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11

Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Maßnahmen, die dann greifen, wenn die an diesem DMP teilnehmenden Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen:
 1. Schriftliche Aufforderung durch die GE, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. unterbliebener Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen),
 2. Hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVSH ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 12

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 1 DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 der Anlage 1 DMP-A-RL,
 2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten.
 3. die umfassende schriftliche oder elektronische Information des Versicherten
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten sowie
 - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme am DMP zur Folge hat.

- (2) Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses DMP aufgenommen.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (4) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

§ 13

Information

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert seine nach § 12 Abs.1 teilnahmeberechtigten Patienten ebenfalls entsprechend der DMP-A-RL. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 5) bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 5) zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (4) Im Rahmen der Einschreibung motiviert der koordinierende Arzt den Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Möglichkeiten zu einer aktiven Teilnahme an der strukturierten Versorgung nach diesem Vertrag.

§ 14

Einschreibung

- (1) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
 2. die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann.
- (2) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle entsprechend § 22 weiterleitet.

- (3) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, können sich dafür entscheiden, nur einen koordinierenden Arzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer DMP sicherzustellen. Dies setzt voraus, dass der Arzt zur Leistungserbringung in allen entsprechenden DMP als koordinierender Arzt berechtigt ist. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (4) Die Krankenkassen können ihre Versicherten hinsichtlich der Teilnahme beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von seiner Krankenkasse an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 1 Nr. 1. erstellt und an die Datenstelle weitergeleitet werden.
- (5) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 1 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (6) Nachdem alle Unterlagen gemäß Abs. 1 in der Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte Dokument nach § 14 Abs. 1 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich oder elektronisch die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß den Gründen in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- (3) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 1 vorliegen.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 16

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL und übersendet diese an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

Abschnitt VI

Information von Ärzten und Schulungen von Patienten

§ 17

Information für teilnehmende Ärzte

- (1) Die KVSH informiert die Ärzte gemäß § 3 und § 4 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen der KVSH schriftlich den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der teilnehmenden Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3 der Anlage 1 DMP-A-RL ab. Die schriftlichen oder elektronischen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn sind DMP-A-RL-konform.
- (3) Die in den Anlagen 1 und 2 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen. In diese Fortbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß Anlage 1 DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einbezogen werden.
- (4) Nicht indikationsspezifische Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen nicht wiederholt werden.

§ 18

Schulungen von Versicherten

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapie-maßnahmen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen. Sofern der koordinierende Arzt eine Schulung des Versicherten für notwendig hält, überweist er den Patienten an einen nach Abs. 5 schulungsberechtigten Arzt, sofern er nicht selbst schulungsberechtigt ist.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach §§ 3 und 4, die gemäß der Anlagen 1 und 2 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlage 1 der DMP-A-RL, einzubeziehen. Bei Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung, beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 19

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für die DMP die „Arbeitsgemeinschaft DMP Schleswig-Holstein“ nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Gemeinsame Einrichtung

Die Vertragspartner haben für die DMP die „Gemeinsame Einrichtung DMP Schleswig-Holstein“ gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL,
5. die Beratung der KVSH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von DMP-Ärzten auf Basis der Anlage 6,
6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

§ 22

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 19 sowie die Gemeinsame Einrichtung nach § 20 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und -Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.
- (3) Das Nähere regeln die Vertragspartner und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 verpflichtet sich der koordinierende Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung der Dokumentationen sicherzustellen, dass

eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben innerhalb von 10 Tagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.

- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 oder nach § 4 Abs. 9 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“- „9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (3) Der Versicherte willigt einmalig gemäß Anlage 5 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24

Datenzugang

Zugang zu den übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen der DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25

Datenaufbewahrung

- (1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

§ 26

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 6 DMP-A-RL.

- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt X

Vergütung und Abrechnung

§ 27

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind in der Gesamtvergütung nach § 85 SGB V enthalten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

§ 28

Sondervergütung

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 7 „Regelungen zur Vergütung und zu Schulungen“ definiert. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle erstellt für die KVSH und die Krankenkassen jedes Quartal einen Nachweis der für einen laufenden Fall vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen vollständigen Dokumentationen. Die Abrechnungsinformationen werden der KVSH spätestens 8 Wochen nach Ablauf des Dokumentationsquartals zur Verfügung gestellt. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die KVSH und wird von der KVSH der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt.
- (3) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die teilnehmenden Ärzte u, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.
- (4) Die KVSH sorgt dafür, dass die Vergütung aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt wird.
- (5) Sofern für Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, sich vergütungsrelevante Änderungen im EBM des Bundesmantelvertrages oder des Gesamtvertrages ergeben, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 29

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 30

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 31

Erstattung von Verwaltungskosten

- (1) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenannahmestelle) werden zur Hälfte von der KVSH und zur Hälfte von den Krankenkassen / -verbänden getragen.
- (2) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen.
- (3) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen / -verbänden erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten. Die endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) erfolgt zum 31.12. jeden Jahres.
Die Anzahl der zum 31.12. eingeschriebenen Versicherten je Kasse entspricht der KM7.

Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, so ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.

- (4) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Strukturqualität und zur Teilnahme an diesem DMP werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

§ 32

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt ab seinem Inkrafttreten die 8. Änderungsvereinbarung mit dem Inkrafttreten zum 01.01.2023. Er steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen Nichtbeanstandung. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfrist nach § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (4) Bei erneuter Zulassung durch das BAS und Fortsetzung des DMP gilt dieser Vertrag für den erneuten Zulassungszeitraum weiter und endet mit Ablauf dieses Zeitraums, sofern er nicht vorher gekündigt wird. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten gelten weiter; eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.

§ 33

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.

§ 34

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrags 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 dem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Bad Segeberg, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____

BKK-Landesverband NORDWEST

Lübeck, den _____

IKK - Die Innovationskasse.

Hamburg, den _____

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kassel, den _____

SVLFG als LKK

Kiel, den _____

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein