

**Vertrag**  
**zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)**  
**nach § 137f SGB V**  
**auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Versorgung von Typ 1 Diabetikern**

zwischen  
der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST,

der IKK - Die Innovationskasse.

der KNAPPSCHAFT

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)**

## Inhaltsverzeichnis:

### Erläuterungen

### Übersicht Anlagen

<b>PRÄAMBEL .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH.....</b>	<b>7</b>
§ 1 Ziel der Vereinbarung .....	7
§ 2 Geltungsbereich .....	8
<b>ABSCHNITT II - TEILNAHME DER ÄRZTE.....</b>	<b>9</b>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch besonders qualifizierten Arztes (koordinierender Versorgungssektor).....	9
§ 4 Überprüfung der Strukturqualitäten.....	10
§ 5 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme .....	11
§ 6 Leistungserbringerverzeichnisse .....	11
<b>ABSCHNITT III - VERSORGUNGSINHALTE .....</b>	<b>12</b>
§ 7 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1	12
<b>ABSCHNITT IV - QUALITÄTSSICHERUNG.....</b>	<b>12</b>
§ 8 Grundlagen und Ziele .....	12
§ 9 Maßnahmen und Indikatoren.....	13
§ 10 Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP .....	13
§ 11 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	13
<b>ABSCHNITT V - TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN ....</b>	<b>14</b>
§ 12 Teilnahmevoraussetzungen.....	14
§ 13 Information und Einschreibung .....	15
§ 14 Beginn und Ende der Teilnahme .....	16
§ 15 Wechsel des koordinierenden Arztes.....	16
<b>ABSCHNITT VI - INFORMATION VON ÄRZTEN UND SCHULUNG VON PATIENTEN .....</b>	<b>17</b>
§ 16 Informationen für teilnehmende Ärzte .....	17
§ 17 Schulungen von Versicherten .....	17
<b>ABSCHNITT VII - ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG, BEAUFTRAGTE STELLE (DATENSTELLE) UND DEREN AUFGABEN .....</b>	<b>18</b>
§ 18 Arbeitsgemeinschaft .....	18
§ 19 Gemeinsame Einrichtung .....	18

§ 20 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung .....	18
§ 21 Datenstelle .....	19
§ 22 Datenfluss zur Datenstelle .....	20
§ 23 Datenzugang .....	20
§ 24 Evaluation .....	20
§ 25 Datenaufbewahrung .....	21
<b>ABSCHNITT VIII - VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG .....</b>	<b>21</b>
§ 26 Vertragsärztliche Leistungen .....	21
§ 27 Sondervergütung .....	21
<b>ABSCHNITT IX - SONSTIGE BESTIMMUNGEN.....</b>	<b>22</b>
§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz.....	22
§ 29 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen .....	22
§ 30 Erstattung von Verwaltungskosten .....	23
§ 31 Laufzeit und Kündigung .....	23
§ 32 Schriftform .....	24
§ 33 Salvatorische Klausel .....	25

## **Erläuterungen**

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

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie bei Vertragsärzten, kommunalen Einrichtungen und Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, die (Leistungen) die Voraussetzungen gemäß § 3 erbringen.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 18.

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

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.

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

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

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

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

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 19.

„Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3.

„KVSH“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

„Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit in der männlichen Form verwendet. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

## **Übersicht Anlagen**

**Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages**

- Anlage 1      Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)**
- Anlage 2      Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen**
- Anlage 3      Strukturqualität Hausarzt – im Rahmen von § 73 SGB V -**
- Anlage 4      Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt**
- Anlage 5      Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)**
- Anlage 6      Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE)**
- Anlage 7      Regelungen zur Vergütung und zu Schulungen**
- Anlage 8      Qualitätssicherung**
- Anlage 9      Ergänzungsvereinbarung: Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen**

## **Präambel**

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme bzw. DMP genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden, die auf der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen. Daher schließen die Krankenkassen und die KVSH folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1.

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ-1-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen. Da der Erkrankungsbeginn des Typ-1-Diabetes häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII / Pumpentherapie) ermöglicht die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung. Vor diesem Hintergrund bietet der Diabetes mellitus Typ 1 eine Reihe von Ansatzpunkten dafür, dass von der Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Verbesserungen der Versorgungsqualität erwartet werden können.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 1.7.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7 der DMP-A-RL, sowie in der RSAV festgelegt.

## Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

### § 1

#### Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Ärzte, die als Vertragsärzte nach § 3 teilnehmen oder als angestellte Ärzte zur Leistungserbringung nach § 3 berechtigt sind, übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die Vertragspartner wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 1 in Schleswig-Holstein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind in der RSAV und der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend Anlage 7 Nummer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung insbesondere folgende Ziele an:
  1. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehhinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
  2. Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
  3. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
  4. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
  5. Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).
- (3) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren stehen entsprechend Anlage 7 Nummer 1.7.1 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
  1. Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
  2. Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
  3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
  4. möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.
- (4) Generell geht es dabei um die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und –assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung.

## § 2

### Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. Ärzte und Medizinische Versorgungszentren in der Region der KVSH sowie für ermächtigte Krankenhausärzte der Region Schleswig-Holstein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben und 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 entsprechenden Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.
3. 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.
4. die Innungskrankenkassen außerhalb Schleswig-Holsteins, wenn sie ihren Beitritt gegenüber der IKK Die Innovationskasse erklärt haben und die KVSH darüber informiert wurde.
5. die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären.

Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVSH, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 27 anerkennen. Die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren.

- (2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVSH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte und Medizinischen Versorgungszentren.
- (3) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 2 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 31 dieses Vertrages.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß den medizinischen und strukturellen Inhalten der RSAV und der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.



## Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte

### § 3

#### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch besonders qualifizierten Arztes (koordinierender Versorgungssektor)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte. Es kann sich dabei um Ärzte handeln, die die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ oder Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt.
- (3) In Einzelfällen kann als koordinierender Arzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt leistungsberechtigt sein. Er muss die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ erfüllen. Die Betreuung der Versicherten muss weiter in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt nach Absatz 2 erfolgen. Der gewählte Arzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht.
- (4) Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt die Koordination grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ, durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater, der die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 2 erfüllt. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfahrenen, diabetologisch besonders qualifizierten Arzt, erfolgen, der die Strukturqualität gemäß Anlage 1 erfüllt.
- (5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (6) Die Anforderungen an die Strukturqualität können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (7) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH gemäß Anlage 4 nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 4 unverzüglich nachzuweisen.
- (8) Zu den Pflichten der teilnehmenden Ärzte (koordinierender Arzt) gehören insbesondere:
  1. die Behandlung des Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer, (insbesondere) vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 7 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL.

2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 13 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII.
3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 8 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
4. die Motivation der insulinpflichtigen Typ 1-Diabetiker zur Teilnahme an einer strukturierten Diabetikerschulung.
5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsbezeichnung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen.
6. die Beachtung der Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 7 DMP-A-RL. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Arzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln nach Nummer 1.8.1 der Anlage 7 DMP-A-RL und der Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ zu beachten.
7. soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Versicherten nicht ausreicht, die Überweisung an andere qualifizierte Ärzte zur Mitbehandlung. Das gilt insbesondere für die Behandlung des diabetischen Fußes, bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft und zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 der 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 Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, an die eingebundenen Versorgungsebenen zu übermitteln bzw. von diesen einzufordern. Die Überweisung an andere Ärzte erfolgt mit Anbringen des Vermerks „DMP“ auf dem Überweisungsschein.
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.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 11 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 4**

### **Überprüfung der Strukturqualitäten**

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag gemäß Anlage 4 vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß § 3 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahmegegenehmigung.
- (2) Die KVSH prüft die Voraussetzungen von Vertragsärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren entsprechend den Anforderungen des Schulungsprogramms und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Schulungsgenehmigung.

## **§ 5**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Programm beginnt vorbehaltlich der Teilnahme genehmigung mit dem Tag der Einschreibung gemäß der Anlage 4 „Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt“. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Die KVSH informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 11 oder durch den Wegfall 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 bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3, so ist er/es von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

## **§ 6**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 führt die KVSH ein Verzeichnis gemäß Anlage 5. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung einmal im Monat, in elektronischer Form, z. B. Excel-Datei, zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVSH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren 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 § 21,
  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**

### **§ 7**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 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 7 der 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**

### **§ 8**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der mit diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bis 3,
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.

## **§ 9**

### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 7 der DMP-A-RL sind diesem Disease-Management-Programm 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 der DMP-A-RL und werden ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen. Die Ergebnisse resultieren aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach den Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 10**

### **Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen nehmen im Rahmen des DMP neben den teilnehmenden Ärzten/Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern/Kooperationszentren eine unterstützende Rolle ein. Ihr Handeln unterstützt die Versorgung, ohne in das Arzt-Patienten-Verhältnis einzugreifen.
- (2) Die Krankenkassen führen zur versichertenbezogenen Qualitätssicherung die in der Anlage 8 genannten Maßnahmen durch.
- (3) Seitens der teilnehmenden Krankenkassen können zusätzliche Service- und Betreuungsangebote für Versicherte vorgesehen werden (z. B. Vermittlung von Selbsthilfegruppen, psychosoziale Betreuungsangebote).

## **§ 11**

### **Verstoß gegen die Ziele des Programms**

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. Unvollständige oder unplausible Dokumentationen werden nicht vergütet, ggf. sind bereits erfolgte Vergütungen nachträglich zu korrigieren. Gleiches gilt für verfristete Dokumentationen, es sei denn den Arzt trifft kein Verschulden an der Verfristung.
2. Aufforderung durch die KVSH im Einvernehmen mit den von dem Verstoß betroffenen Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. unterbliebener Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen),
3. Hält der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum 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 der DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind.
  - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 7, Nummer 1.2 DMP-A-RL
  - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten
  - die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten

Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

- (2) Zusätzlich muss für den Versicherten eine Insulintherapie nach Nummer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL eingeleitet worden sein oder durchgeführt werden. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 2 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses Disease-Management-Programm aufgenommen.
- (5) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

## § 13

### Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert seine nach § 13 Abs.1 teilnahmeberechtigten Patienten ebenfalls entsprechend § 24 Absatz 1 Nr. 3 RSAV. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 13 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 6) zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 behandelnden 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 er geprüft hat, ob sein/ihr Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist,
- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm 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 6 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (6) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Dies setzt voraus, dass der Arzt zur Leistungserbringung in allen entsprechenden Programmen als koordinierender Arzt berechtigt ist. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (7) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte hinsichtlich der Teilnahme beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (8) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums. Die Teilnahme am DMP beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde.

## **§ 14**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.  
Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß der Gründe in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- (2) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 12 vorliegen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137 g Abs. 3 SGB V.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

## **§ 15**

### **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 gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und übersendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.



## **Abschnitt VI - Information von Ärzten und Schulung von Patienten**

### **§ 16**

#### **Informationen für teilnehmende Ärzte**

- (1) Die Krankenkassen /-verbände und die KVSH informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß § 3 über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 1. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen gemäß der DMP-A-RL transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die in den Anlagen 1, 2 und 3 der Strukturqualität 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 der Anlage 7 der DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 7, einbezogen werden.
- (3) 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 für diese nicht wiederholt werden.

### **§ 17**

#### **Schulungen von Versicherten**

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. Im Rahmen dieses DMP werden Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. 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 und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Die Schulungsprogramme dienen der eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselfbstkontrolle. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMPs, zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten ebenfalls Zugang zu bereits durch das BAS geprüften und im Rahmen von DMP zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31. Dezember 2019 in dieses

DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten.

- (4) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach § 3. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 4.
- (5) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten Versorgungsinhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlage 7 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**

### **§ 18**

#### **Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner haben für das DMP Diabetes Typ 1 sowie für weitere DMP die „Arbeitsgemeinschaft DMP Schleswig-Holstein“ nach § 219 SGB V gebildet. Diese Arbeitsgemeinschaft wird fortgeführt. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 19**

#### **Gemeinsame Einrichtung**

Die Vertragspartner haben für das DMP Diabetes Typ 1 sowie für weitere DMP die „Gemeinsame Einrichtung DMP Schleswig-Holstein“ gebildet. Diese Gemeinsame Einrichtung wird fortgeführt. Die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung werden von den Vertragspartnern persönlich benannt. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 20**

#### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichererbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
  3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der 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 8,
  6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung kann zur Unterstützung und Koordination begleitender Maßnahmen im Sinne von § 9 bei der Behandlung des Patienten zusätzliche Informationswege zwischen Ärzten und der Krankenkasse abstimmen und zum Einsatz bringen.
- (4) In der Gemeinsamen Einrichtung werden die Empfehlungen der Vertragspartner gemäß § 11 getroffen. Dem Arzt ist zuvor Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben.
- (5) Die Gemeinsame Einrichtung führt die ärztliche Qualitätssicherung als gemeinsame Aufgabe der Vertragspartner durch. Dies erfolgt durch eigene Mitarbeiter oder beauftragte Mitarbeiter eines Dritten. Über die Beauftragung von Dritten entscheidet die Gemeinsame Einrichtung einvernehmlich. Alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung haben gleichberechtigten Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung, die für die Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe notwendig sind. Die von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragten Mitarbeiter haben Zugriff auf die Daten und weitere Unterlagen im Rahmen ihrer Aufgabenzuweisung.

## **§ 21**

### **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 18 sowie die Gemeinsame Einrichtung nach § 19 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SG X eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der 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.

## **§ 22**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 verpflichtet sich der koordinierende Arzt,
  1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und
  2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichten er/es 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 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 6 „Teilnahmeerklärung- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE)“ in die Datenübermittlung schriftlich ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

## **§ 23**

### **Datenzugang**

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

## **§ 24**

### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms 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.

## **§ 25**

### **Datenaufbewahrung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Dokumentationsdaten werden von der Datenstelle gemäß § 5 Abs. 2b der DMP-A-RL für die dort benannte Zeit archiviert und anschließend innerhalb von sechs Monaten gelöscht.

Für die Krankenkassen und für die (nur) von den Krankenkassen für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

## **Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung**

## **§ 26**

### **Vertragsärztliche Leistungen**

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (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.

## **§ 27**

### **Sondervergütung**

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 7 „Regelungen zu Schulungen und zur Vergütung“ 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 und plausibel erbrachten und fristgerecht eingegangenen vollständigen Dokumentationen spätestens bis zum Ende des darauffolgenden Quartals. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die KVSH und wird von der KVSH bei der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt.
- (3) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren, die für das Programm 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 und Medizinischen Versorgungszentren 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 IX - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 28**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten.

### **§ 29**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

Die KVSH liefert gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse. 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.

## § 30

### Erstattung von Verwaltungskosten

- (1) Kosten der Datenstelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Kassenspezifische Zusatzleistungen der Datenstelle werden mandantenabhängig und gesondert abgerechnet.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenstelle) werden zur Hälfte von den Krankenkassen und zur Hälfte von der KVSH getragen. Die Aufteilung des Anteils der Krankenkassen erfolgt entsprechend Absatz 7.
- (3) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen. Die Kosten für Einführungsveranstaltungen für teilnehmende DMP-Ärzte werden von der KVSH übernommen.
- (4) Kosten für die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel werden von der KVSH übernommen. Die KVSH ist auch für die Durchführung und Organisation der Qualitätszirkel zuständig.
- (5) Kosten der Gemeinsamen Einrichtung werden in dem abzuschließenden Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung geregelt.
- (6) Kosten der Arbeitsgemeinschaft werden in dem abzuschließenden Vertrag über die Arbeitsgemeinschaft geregelt.
- (7) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen 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.
- (8) 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.

## § 31

### Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt **zum 01.07.2021** in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.03.2005 in der Fassung der 21. Änderungsvereinbarung vom 01.04.2019. Dieser Vertrag steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das BAS und die zuständigen Aufsichtsbehörden. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten gelten weiter; eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist in diesem Fall nicht notwendig.

- (2) Bei erneuter Zulassung durch das BAS und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag weiter, sofern er nicht vorher gekündigt wird. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.
- (3) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des hiermit geregelten 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 vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Falls keine Einigung über eine Vertragsänderung bzw. -anpassung nach den Sätzen 1 und 2 dieses Absatzes erzielt werden kann, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht zu dem Zeitpunkt, an welchem die Akkreditierungsfähigkeit nach altem Stand endet; für dieses Sonderkündigungsrecht gelten die Bestimmungen des Absatzes 3 Sätze 4 und 5 entsprechend.

## **§ 32**

### **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.



### **§ 33**

#### **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 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 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 Hamburg

Kiel, den \_\_\_\_\_

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