

Anlage 1 zur 6.ten Änderungsvereinbarung

des Vertrages zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ 2-Diabetikern

**Vertrag zur Durchführung des
strukturierten Behandlungsprogramms
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 NORD,

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,

und

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

Inhaltsverzeichnis:

Erläuterungen

Übersicht Anlagen

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- §1 Ziel der Vereinbarung
- §2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors
- § 5 Überprüfung der Strukturqualitäten
- § 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 7 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 8 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 9 Grundlagen und Ziele
- § 10 Maßnahmen
- § 11 Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP
- § 12 Medizinische Fortbildung
- § 13 Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Information
- § 16 Einschreibung
- § 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 18 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 19 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 20 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Information von Ärzten und Schulungen von Patienten

- § 21 Information von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren
- § 22 Schulungen von Versicherten

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 23 Datenstelle
- § 24 Erst- und Folgedokumentationen
- § 25 Datenfluss zur Datenstelle
- § 26 Datenzugang in der Datenstelle
- § 27 Datenaufbewahrung und –löschung in der Datenstelle

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung

- § 28 Datenfluss an die Vertragspartner und die Gemeinsame Einrichtung
- § 29 Datenzugang im Rahmen des Datenflusses an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung
- § 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

- § 31 Fortführung der Arbeitsgemeinschaft
- § 32 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 33 Fortführung der Gemeinsamen Einrichtung
- § 34 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung
- § 35 Evaluation

Abschnitt X – Vergütung und Abrechnung

- § 36 Vertragsärztliche Leistungen
- § 37 Sondervergütung

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

- § 38 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 39 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 40 Erstattung von Verwaltungskosten
- § 41 Laufzeit, Vertragsanpassung und Kündigung
- § 42 Schriftform
- § 43 Salvatorische Klausel

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. §§ 31, 32.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

„Datenstelle“ ist eine solche i.S.d. § 23.

„DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme 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 .

„EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

„Facharzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3

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

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S. d. §§ 33, 34.

„Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3 und des § 4 Abs. 9.

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

„SGB V“ ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches.

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts.

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 Versorgungssektor nach § 4 |
| Anlage 3 | Strukturqualität Schulungsarzt |
| Anlage 4 | -unbesetzt- |
| Anlage 5 | Teilnahmeerklärung Ärzte |
| Anlage 6 | -unbesetzt- |
| Anlage 7 | Verzeichnis der Ärzte |
| Anlage 8 | Qualitätssicherung |
| Anlage 9 | Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz |
| Anlage 10 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte |
| Anlage 11 | Patienteninformation |
| Anlage 12 | Eine Information zum Datenschutz |
| Anlage 13 | Regelungen zur Vergütung und Abrechnungsprüfung |
| Anlage 14 | Ergänzungsvereinbarung Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen |

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme genannt) nach § 137f SGB V, die auf der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Die Krankenkassen und die KVSH schließen folgenden Vertrag zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2.

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel aufgrund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ 2-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Der Diabetes mellitus und die damit im Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer empfindlichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie beabsichtigen die Vertragspartner die Lebensqualität der Patienten zu erhöhen und die Behandlungskosten langfristig zu reduzieren. Für die Behandlung und Betreuung dieser Diabetes-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände - unter Beachtung der evidenz-basierten Medizin - berücksichtigt werden.

Zur weiteren Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 vereinbaren die Vertragspartner eine Zusammenfassung:

- des Vertrages „zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen dem BKK Landesverband Nordwest, der IKK Nord, der Knappschaft, der AOK NORDWEST und der KVSH in der Fassung vom 09.10.2013

mit dem

- Vertrag „zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 73a SGB V zwischen den Ersatzkassen und der KVSH in der Fassung vom 23.09.2013

in eine einheitliche Vertragsurkunde. Diese Zusammenfassung führt die Regelungen der genannten Verträge nahtlos fort.

Die vertraglichen Regelungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des SGB V und der DMP-A-RL gewährleistet.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung 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 Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 in Schleswig-Holstein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 sind in den §§ 24 und 25 der RSAV, die medizinischen Grundlagen in der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend der Anlage 1 Ziffer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung 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 Hypoglykämien¹) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
 - 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 dieser Vereinbarung die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört werden soll.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für

1. Ärzte und Medizinische Versorgungszentren im Bereich der KVSH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
2. die bei den teilnehmenden Krankenkassen Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.

(2) Diese Vereinbarung 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 Nord erklärt haben und die KVSH darüber informiert wurde.
- die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären.

Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVSH, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 37 anerkennen. Die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren.

- (3) Grundlage dieses Vertrages ist die DMP-A-RL. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund der DMP-A-Richtlinie des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 41 dieses Vertrages.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (5) Weitere gesetzliche Krankenkassen in Schleswig-Holstein können dieser Vereinbarung beitreten. Dazu bedarf es der Zustimmung aller Vertragspartner, die zum Zeitpunkt des Beitritts an dieser Vereinbarung teilnehmen. Die KVSH informiert die Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren über den Beitritt einer weiteren Krankenkasse.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen können zudem unter Beachtung der Anlage 1 Ziffer 1.8.1 zur DMP-A-RL

1. diabetologisch qualifizierte, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte,
2. diabetologisch qualifizierte Einrichtungen, die für die vertragliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt sind,
3. diabetologisch qualifizierte Einrichtungen die nach § 137f Abs. 7 des SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen oder
4. Schwerpunktpraxen für solche Patienten, die sich bereits vor der Einschreibung bei diesen Ärzten wegen Diabetes mellitus Typ 2 in Dauerbehandlung befanden

im koordinierenden Versorgungssektor teilnehmen.

- (4) Die Strukturqualität muss von den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden.
- (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 nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, 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 bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Die Teilnahmeerklärung nach Anlage 5 des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums muss neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 5 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (8) Zu den Aufgaben des teilnehmenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums (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 Nr. 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß §§ 15 und 16 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII,
 3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

4. die Motivation der insulinpflichtigen und nichtinsulinpflichtigen Typ 2-Diabetiker zur Teilnahme an einer strukturierten Diabetikerschulung,
5. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 1 der DMP-A-RL,
6. bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 4 sowie an einen Augenarzt das Anbringen des Vermerks „DMP“ auf dem Überweisungsschein,
7. sofern die Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten länger als ein Quartal andauert, ist für jedes Folgequartal eine Überweisung des koordinierenden Arztes an die diabetologische Schwerpunktpraxis notwendig,
8. die Durchführung von Schulungen von Versicherten gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Schulungsarzt“ gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,
9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 8, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zeitnah zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
10. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 1 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.),
11. Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 gegenüber der KVSH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und Schwerpunktärzte“ zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Er / es genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den ohne Vollmacht in Vertretung für ihn / es mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag.
Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt / das Medizinische Versorgungszentrum die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er / es wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren,
12. Es ist ein Diabetespass zu führen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 - 10 und 12 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum 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 und Medizinischen Versorgungszentren an diesem Programm ist freiwillig.

- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte und Medizinische Versorgungszentren sofern sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4“ zu diesem Vertrag - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) Die Strukturqualität muss von den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden.
- (4) 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.
- (5) Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Die Teilnahmeerklärung nach Anlage 5 des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums muss neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 5 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (7) Die Tätigkeit des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums erfolgt grundsätzlich auf Überweisung mit einem Vermerk „DMP“. Zu den Aufgaben gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 8 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. das Führen eines Diabetespasses, solange der Versicherte ausschließlich in diesem Versorgungssektor betreut wird,
 3. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 9, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 4. die Durchführung von Schulungen von Versicherten gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Schulungsarzt“ gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist und nur bei Patienten, die diese Schulungen nicht bereits bei den koordinierenden Ärzten erhalten haben,

5. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 8 „Strukturqualität weitere Leistungserbringer“ und Nr. 1.8. der Anlage 1 der DMP-A-RL mit Anbringen des Vermerks „DMP“ auf dem Überweisungsschein,
6. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 8, z. B. die medikamentöse Therapie betreffend, zeitnah zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
7. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln
8. obligatorische Rücküberweisung des Versicherten zum koordinierenden Arzt nach § 3 in der Regel innerhalb von längstens 6 Monaten. Eine Verlängerung dieses Zeitraumes ist nur in Abstimmung mit dem koordinierenden Arzt zulässig,
9. Organisation einer regelmäßigen Erreichbarkeit für Rückfragen des koordinierenden Arztes bei akuten Patientenproblemen und in Krisensituationen (24 Stunden Erreichbarkeit wird angestrebt),
10. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
11. bei Vorliegen der unter Ziffer 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,
12. bei zusätzlichem Nachweis der speziellen Anforderungen gem. Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor nach § 4“ auch die Spezialisierung auf die Behandlung des diabetischen Fußes.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 - 12 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

- (8) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum erklärt sich als diabetologisch qualifizierter Arzt gegenüber der KVSH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und Schwerpunktärzte für Diabetes Typ 2“ zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit.
- (9) Ärzte, die die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen, können gemäß Ziffer 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. 7 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 Überweisungskriterien gemäß Ziffer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL.

§ 5

Überprüfung der Strukturqualitäten

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 sowie die Schulungsberechtigungen entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 22 Abs. 5.
- (2) Bei Vorliegen der Voraussetzungen erteilt die KVSH eine Teilnahme genehmigung.

§ 6

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums am Programm beginnt vorbehaltlich der Teilnahme genehmigung mit dem Tag der Einschreibung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und Schwerpunktärzte für Diabetes Typ 2“. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVSH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzung für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine Genehmigung zur Teilnahme am DMP besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Genehmigung für die besondere Leistungserbringung durch den angestellten Arzt ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen.
- (4) Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Endet die Teilnahme eines Arztes bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder § 4, so ist dieser Arzt bzw. dieses Medizinische Versorgungszentrum von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren aufmerksam machen.
- (6) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

§ 7

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die KVSH führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß den §§ 3 und 4 (Verzeichnisse der koordinierenden Ärzte und diabetologisch qualifizierten Ärzte (Schwerpunktärzte)). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen /-verbänden regelmäßig, mindestens einmal im Monat in elektronisch lesbarer Form (z.B. Excel-Datei) zur Verfügung (entsprechend der Anlage 7 „Verzeichnis der koordinierenden Ärzte und diabetologisch qualifizierten Ärzte (Schwerpunktärzte“).
- (2) Das Verzeichnis der koordinierenden Ärzte und diabetologisch qualifizierten Ärzte (Schwerpunktärzte) enthält arztbezogen die in der Anlage 7 genannten Inhalte.
- (3) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Verzeichnis über die teilnehmenden stationären Einrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVSH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren zur Verfügung gestellt.
- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 3 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Leistungserbringern und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der Datenstelle nach § 23,
 4. beim Antrag auf Zulassung dem BAS. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
 5. der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung.
- (5) Die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 3 können veröffentlicht werden.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 8

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) enthalten, unverzüglich durch die KVSH über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung insbesondere die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 9

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung (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 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
2. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
3. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlagen 1-3 ,
4. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
5. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10

Maßnahmen

- (1) Entsprechend Ziffer 2 der Anlage 1 der DMP-A-RL sind diesem Disease-Management-Programm Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle. Hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11

Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen nehmen im Rahmen des Behandlungsprogramms neben den teilnehmenden Ärzten und 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, diese entsprechen der DMP-A-RL; weitere Angebote sind mit der KVSH abzustimmen.

§ 12

Medizinische Fortbildung

- (1) Die Ärzte nach § 3 verpflichten sich die Fortbildungsmaßnahmen gemäß Anlage 1 zu erfüllen. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen.
- (2) Die diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte nach § 4 verpflichten sich die Fortbildungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 zu erfüllen. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen.
- (3) Zusätzlich kann die Gemeinsame Einrichtung bedarfsorientierte Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte festlegen.

§ 13

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen des Disease-Management-Programms vereinbaren die Vertragspartner wirksame Maßnahmen, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) 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.
- (3) Verstößt der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgen insbesondere nachfolgende Sanktionen:
 1. 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),

2. 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

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können sich auf freiwilliger Basis für das Disease-Management-Programm einschreiben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 der DMP-A-RL oder einer bereits vorliegenden Therapie mit diabetesspezifischen blutglukosesenkenden Medikamenten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“,
 3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses Disease-Management-Programm 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.

§ 15

Information

- (1) Koordinierende Ärzte informieren die Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation, bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlagen 10, 11 und 12) umfassend über das Disease-Management-Programm. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die

Kenntnisnahme der Informationen in der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17.

- (2) Die Krankenkasse informiert anhand des Patientenmerkblattes, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Datenschutzinformation entsprechend der Anlagen 10, 11 und 12 ihre Versicherten im Sinne der Anlage 1 der DMP-A-RL, Ziffer 3 über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Daneben werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (3) Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend dem § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise informieren, Abs. 1 gilt entsprechend.
- (4) Die gemäß Abs. 1 oder 2 informierten Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei einem von ihnen frei gewählten koordinierenden Arzt einschreiben. 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.

§ 16

Einschreibung

- (1) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 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 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.

Der behandelnde Arzt prüft, ob der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

- (2) Mit der Einschreibung in das Disease-Management-Programm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt bzw. als angestellter Arzt zur Leistungserbringung im Rahmen dieses Vertrages berechtigt ist, und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 10 sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Vertragspartner stellen sicher, dass der Versicherte sich nur bei einem koordinierenden Arzt wirksam einschreibt. Die Krankenkassen können ihre Versicherten hinsichtlich ihrer Einschreibungsmöglichkeiten in das Disease-Management-Programm beraten. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung kann der Versicherte auch bei seiner Krankenkasse unterschreiben. In diesem Fall werden dem Versicherten nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von seiner Krankenkasse die Einschreibeunterlagen ausgehändigt. Der Versicherte wird daraufhin an seinen behandelnden Arzt verwiesen,

damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 1 Nr. 1. erstellt und an die Datenstelle weitergeleitet werden.

- (3) Nachdem alle Unterlagen gemäß Abs. 1 in der Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (4) Versicherte, die an mehreren Disease-Management-Programmen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Arzt/Einrichtung entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (5) Soweit ein an dem Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 1 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung und Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 10 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 18

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte Dokument nach § 16 Abs. 1 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 16 Abs. 3.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme und/oder Einwilligung gemäß Anlage 10 jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Disease-Management-Programm aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 1. der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse, sofern er in diesem keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
 3. des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,

5. der letzten gültigen Dokumentation, wenn innerhalb von 12 Monaten zwei veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden,
6. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt wurden, oder
7. der letzten Dokumentation bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.

- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (5) Sofern die KVSH zu Abrechnungszwecken Versichertendaten im Zuge der Beendigung der Teilnahme des Versicherten benötigt, werden diese der KVSH auf Anfrage im Einzelfall zur Verfügung gestellt.

§ 19

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt 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.

§ 20

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVSH jeweils zum Quartalsende bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß § 16 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI

Information von Ärzten und Schulungen von Patienten

§ 21

Information von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren

- (1) Die KVSH und die Krankenkassen informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren gemäß § 3 und § 4 umfassend über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms 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 5 „Teilnahmeerklärung koordinierende Ärzte und Schwerpunktärzte für Diabetes Typ 2“.

- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 1 der DMP-A-RL ab. Die schriftlichen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn sind DMP-A-RL-konform.
- (3) In diese Schulungen müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9 einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen nicht wiederholt werden.
- (5) Informationen und Schulungen der Ärzte und medizinischen Versorgungszentren entsprechen der DMP-A-RL.

§ 22

Schulungen von Versicherten

- (1) Sofern der koordinierende Arzt eine Schulung des Versicherten für angezeigt hält, überweist er den Patienten an einen nach Abs. 5 schulungsberechtigten Arzt, sofern er nicht selbst schulungsberechtigt ist.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage, das sich an internationalen Qualitätsstandards orientiert. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren Disease-Management-Programmen, zu berücksichtigen.
- (3) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten 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.
- (4) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt.
- (5) Zur Durchführung von Patientenschulungen sind nach § 3 und/oder § 4 teilnahmeberechtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren berechtigt, wenn sie die Voraussetzungen der Anlage 3 „Strukturqualität Schulungsarzt“ erfüllen.
- (6) Eine Einweisung in eine stationäre oder teilstationäre Einrichtung zur Schulung oder zur Neueinstellung von Patienten soll grundsätzlich nicht erfolgen, in Einzelfällen jedoch nur nach Abstimmung mit einem Arzt des fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors, soweit es nicht in der DMP-A-RL anders geregelt ist. Bei Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt die Weiterbehandlung grundsätzlich beim koordinierenden Arzt.

(7) Informationen und Schulungen der Versicherten entsprechen der DMP-A-RL.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 23

Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
1. der Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 2. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 3. der Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL im Sinne des § 25 Abs. 2 RSAV,
 4. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die Krankenkassen,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Folgedokumentation) der DMP-A-RL an die Krankenkassen,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung,
 7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkassen.
- Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.
- (2) Die Teilnahmeerklärung des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums beinhaltet die Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er/ es die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm/ihr erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die Krankenkasse den bereits teilnehmenden Ärzten und Einrichtungen Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 24

Erst- und Folgedokumentationen

Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und der Ärzte und der medizinischen Versorgungszentren nach der DMP-A-RL und die Evaluation nach der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 25

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der nach koordinierende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum,
 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 zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle weiterzuleiten. Der einschreibende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiter.

Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern (0 – 9) bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiter verwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Der Versicherte willigt einmalig gemäß § 17 in die Datenübermittlung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung schriftlich ein. Einer Unterschrift auf dem Dokumentationsbogen bedarf es nicht. Der Versicherte wird vom Arzt schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 26

Datenzugang in der Datenstelle

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Mitarbeiter der Datenstelle, die Aufgaben im Rahmen von § 23 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 27

Datenaufbewahrung und –löschung in der Datenstelle

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

Abschnitt VIII

Datenfluss an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung

§ 28

Datenfluss an die Vertragspartner und die Gemeinsame Einrichtung

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der koordinierende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum, bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 17 über die Datenstelle an die Krankenkassen weiterzuleiten.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Folgedokumentation) der DMP-A-RL an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Erst- und Folgedokumentation) der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVSH.

§ 29

Datenzugang im Rahmen des Datenflusses an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung

- (1) Zugang zu den übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Datenverarbeitung die datenschutzrechtlichen Bestimmungen der DSGVO, des SGB, der RSAV, die DMP-A-RL und weitere einschlägige Rechtsvorschriften zu beachten.
- (3) Daten werden ausschließlich für DMP-Zwecke verwendet.

§ 30

Datenaufbewahrung und -löschung

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 31

Fortführung der Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für das DMP Diabetes Typ 2 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.

§ 32

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVSH und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung (auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL)“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 23 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 33

Fortführung der Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner haben für das DMP Diabetes Typ 2 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.

§ 34

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen anonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung (auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL)“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. Umsetzung 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 gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen anonymisierten 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 anonymisierten 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.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann zur Unterstützung und Koordination begleitender Maßnahmen im Sinne von § 11 bei der Behandlung des Patienten zusätzliche Informationswege zwischen Ärzten und der Krankenkasse abstimmen und zum Einsatz bringen.
- (3) In der Gemeinsamen Einrichtung werden die Empfehlungen der Vertragspartner gemäß § 13 Abs. 1 und 3 getroffen. Dem Arzt ist zuvor Gelegenheit zu einer Stellungnahme zu geben.
- (4) 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 weiteren Unterlagen im Rahmen ihrer Aufgabenzuweisung.

§ 35

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 der 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

§ 36 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.

§ 37 Sondervergütung

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 13 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 spätestens bis zum Ende des darauf folgenden Quartals. Dieser Nachweis ist allein 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 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 ggf. entsprechend anzupassen.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 38

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringer und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO 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.

§ 39

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 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 Krankenkassen.
- (2) 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.

§ 40

Erstattung von Verwaltungskosten

- (1) Kosten der Datenannahmestelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (gemäß § 23) werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Hierunter fallen auch die Aufwendungen im Zusammenhang mit den Daten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (2) Kosten für die Evaluation des Programms (gemäß § 35) tragen die Krankenkassen.
- (3) Kassenspezifische Zusatzleistungen der Datenstelle werden mandantenabhängig und gesondert abgerechnet.
- (4) 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 getragen.
- (5) 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 KM6/2.

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

- (6) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 5 zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen.
- (7) Kosten der Durchführung von diabetologischen Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben, sind nicht von den Krankenkassen zu tragen.

§ 41

Laufzeit, Vertragsanpassung und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2017 in Kraft und ersetzt ab seinem Inkrafttreten die in der Präambel benannten Verträge in den Fassungen vom 23.09.2013 (vdek) und vom 09.10.2013 (die im Rubrum genannten Primärkassen) einschließlich der Änderungsvereinbarungen. Er steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen Nichtbeanstandung. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Bei erneuter Zulassung durch das BAS und Fortsetzung des Programms 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.
- (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 Disease-Management-Programms, 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. Falls keine Einigung über eine Vertragsänderung bzw. -anpassung nach dem Satz 1 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 3 und 4 entsprechend.

§ 42

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.

§ 43 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.