

Vertrag
zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
nach § 137f SGB V
Osteoporose
auf der Grundlage des § 83 SGB V

zwischen
der AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der KNAPPSCHAFT

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

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein

(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt),

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

vertreten durch den Vorstand

(nachstehend KVSH genannt)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen.....	4
Übersicht Anlagen.....	5
<u>Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich.....</u>	<u>6</u>
§ 1 Ziel des Vertrages.....	6
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze.....	6
<u>Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte.....</u>	<u>7</u>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors	7
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors.....	8
§ 5 Überprüfung der Strukturqualitäten.....	9
§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme.....	10
§ 7 Ärzteverzeichnisse.....	10
<u>Abschnitt III - Versorgungsinhalte.....</u>	<u>10</u>
§ 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Osteoporose.....	10
<u>Abschnitt IV - Qualitätssicherung.....</u>	<u>11</u>
§ 9 Grundlagen und Ziele.....	11
§ 10 Maßnahmen und Indikatoren.....	11
§ 11 Vertragsmaßnahmen.....	12
<u>Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten.....</u>	<u>12</u>
§ 12 Teilnahmevoraussetzungen.....	12
§ 13 Information und Einschreibung.....	13
§ 14 Beginn und Ende der Teilnahme.....	14
§ 15 Wechsel des koordinierenden Arztes.....	14
<u>Abschnitt VI - Information von Ärzten und Schulung von Patienten.....</u>	<u>14</u>
§ 16 Informationen für teilnehmende Ärzte.....	14
§ 17 Schulungen von Versicherten.....	15
<u>Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben.....</u>	<u>15</u>
§ 18 Arbeitsgemeinschaft.....	15
§ 19 Gemeinsame Einrichtung.....	16
§ 20 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung.....	16
§ 21 Datenstelle.....	16
§ 22 Datenfluss zur Datenstelle.....	16
§ 23 Datenzugang.....	17
§ 24 Datenaufbewahrung.....	17

§ 25 Evaluation.....	17
<u>Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung.....</u>	<u>18</u>
§ 26 Vertragsärztliche Leistungen	18
§ 27 Sondervergütung	18
<u>Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen.....</u>	<u>18</u>
§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz.....	18
§ 29 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	19
§ 30 Erstattung von Verwaltungskosten	19
§ 31 Laufzeit und Kündigung.....	19
§ 32 Schriftform.....	20
§ 33 Salvatorische Klausel	20

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 gemäß §§ 3 oder 4 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 20 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.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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 |
| Anlage 2 | Strukturqualität qualifizierter Facharzt |
| Anlage 3 | Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt |
| Anlage 4 | Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor) |
| Anlage 5 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE) |
| Anlage 6 | Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung und Schulung |
| Anlage 7 | Qualitätssicherung |
| Anlage 8 | Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen |

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziel des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Osteoporose soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Osteoporose gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Osteoporose sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am DMP teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Nr. 1.3 der Anlage 19 DMP-A-RL an:
 - Vermeidung von Frakturen, auch durch Vermeidung von Stürzen
 - Erhöhung der Lebenserwartung
 - Verbesserung oder Erhaltung der osteoporosebezogenen Lebensqualität
 - Verbesserung oder Erhaltung einer selbstbestimmten Lebensführung
 - Reduktion von Schmerzen
 - Verbesserung oder Erhaltung von Funktion und Beweglichkeit
 - Verhinderung der Progredienz der Erkrankung.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
 1. Ärzte in der Region der KVSH, 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.
- (2) Dieser Vertrag gilt für:
 1. 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.
 2. die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
- (3) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte.

- (4) Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß diesem Vertrag zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Osteoporose auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Ärzte, die die Anforderungen nach der Anlage 1 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Jeder koordinierende Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (4) Zu den Pflichten der teilnehmenden koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Durchführung und Koordination der Behandlung des Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer, insbesondere vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nr. 1.6 der Anlage 19 DMP-A-RL.
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 13 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach Abschnitt VII.
 3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 DMP-A-RL nach Abschnitt VII innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten unterrichtet. Bei Einführung elektronischer Übermittlungsmöglichkeiten werden sich die Vertragspartner erneut verständigen.
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
 5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist.
 6. Überweisung zur Auftragsleistung insbesondere bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Ärzte entsprechend der Anlage 2 oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer vorzunehmen. Auf dem Überweisungsschein soll der Vermerk „DMP“ angebracht werden. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 7. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am

DMP Osteoporose teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.6.4 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
9. bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie zu übermitteln bzw. einzufordern.
10. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme des Versicherten.
11. die ausschließliche Verwendung einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

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

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Ärzte - im Folgenden „Facharzt“ genannt – die die Voraussetzungen nach der Anlage 2 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Der Facharzt nach Abs. 2 kann auch koordinierender Arzt sein. Dies gilt
 - für Patienten, bei denen keine Multimorbidität, sondern ausschließlich die systemische Skeletterkrankung Osteoporose vorliegt,
 - im Ausnahmefall für Patienten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind und diesen zu ihrem koordinierenden Arzt wählen oder
 - im Ausnahmefall für Patienten, bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Sofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 4 zu erfüllen.
- (4) Jeder Facharzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 2 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (5) Zu den Aufgaben der nach Abs. 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 8 geregelten Versorgungsinhalte. Die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt in Abhängigkeit der medizinischen Dringlichkeit schnellstmöglich nach Anmeldung. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln.
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17 soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nr. 1.6 der Anlage 19 DMP-A-RL. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
5. nach Abschluss der Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen auch zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
6. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP Osteoporose teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
7. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.6.4 der Anlage 19 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
8. bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen einzufordern.
9. Bereitschaft zu Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Überprüfung der Strukturqualitäten

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

§ 6

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahme genehmigung mit dem Tag der Unterschrift, frühestens jedoch ab dem 01.10.23, gemäß der Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 11 oder durch Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.
- (4) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4, so ist er von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.
- (5) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner mittels des Ärzteverzeichnisses nach § 7 über das Ende der Teilnahme.

§ 7

Ärzteverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVSH ein Verzeichnis gemäß Anlage 4. 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 am DMP Osteoporose teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVSH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Weiterhin werden die Verzeichnisse nach Abs. 1 und Abs. 2 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten und
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der Datenstelle nach § 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

§ 8

Medizinische Anforderungen an das DMP Osteoporose

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 19 DMP-A- RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 19 DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVSH über eingetretene Änderungen der Anforderungen an die Behandlung unterrichtet.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 9

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 7 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 19 DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 19 DMP-A-RL,
4. Einhaltung der mit diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 und 2,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 20 DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend Nr. 2 der Anlage 19 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Die Maßnahmen bestehen aus strukturiertem Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle. Zusätzlich kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Die Maßnahmen entsprechen § 2 DMP-A-RL und werden ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 7 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11

Vertragsmaßnahmen

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

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 12

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3.2 der Anlage 19 DMP-A-RL erfüllt sind:
 - Patientinnen ab dem vollendeten 50. Lebensjahr und Patienten ab dem vollendeten 60. Lebensjahr sowie Versicherte mit unbestimmtem oder diversem Geschlecht, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, in Abhängigkeit von ihrer individuellen und medizinischen Situation, können in das DMP eingeschrieben werden. Voraussetzung für die Einschreibung ist stets die gesicherte Diagnose einer medikamentös behandlungsbedürftigen Osteoporose.
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nr. 1.2 und 3.2 der Anlage 19 DMP-A-RL
 - die schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten
 - die umfassende schriftliche oder elektronische Information des Versicherten
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,

- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten sowie
 - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme am DMP zur Folge hat.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.

§ 13

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert seine nach § 12 Abs.1 teilnahmeberechtigten Patienten ebenfalls entsprechend der DMP-A-RL.
- (3) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 12 erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 5) zur Teilnahme am DMP bereit und willigt schriftlich oder elektronisch 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 20 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
 2. die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt, und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (6) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, können sich dafür entscheiden, nur einen koordinierenden Arzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer DMP sicherzustellen. Dies setzt voraus, dass der Arzt zur Leistungserbringung in allen entsprechenden DMP als koordinierender Arzt berechtigt ist. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (7) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte mit bekannter Diagnose Osteoporose hinsichtlich der Teilnahme beraten, sodass eine Teilnahme am DMP eingeleitet werden kann. 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 Abs. 4 erstellt und weitergeleitet werden.

- (8) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 14

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 9, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 13 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.

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

§ 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 20 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 an den neuen koordinierenden Arzt.

Abschnitt VI - Information von Ärzten und Schulung von Patienten

§ 16

Informationen für teilnehmende Ärzte

- (1) Die KVSH informiert die Ärzte gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte des DMP Osteoporose. 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) Fortbildungsmaßnahmen der nach den §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die in den Anlagen 1 und 2 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen. In diese Fortbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß Anlage 19 DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, 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 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMPs, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach §§ 3 und 4, die gemäß der Anlagen 1 und 2 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlage 19 DMP-A-RL einzubeziehen. Bei Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben

§ 18

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für die weiteren DMP die „Arbeitsgemeinschaft DMP Schleswig-Holstein“ nach § 219 SGB V gebildet. Diese Arbeitsgemeinschaft wird um das DMP Osteoporose erweitert. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19

Gemeinsame Einrichtung

Die Vertragspartner haben für die weiteren DMP die „Gemeinsame Einrichtung DMP Schleswig-Holstein“ gebildet. Diese Gemeinsame Einrichtung wird um das DMP Osteoporose erweitert. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versicherten-bezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 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 Ärzten auf Basis der Anlage 7,
6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

§ 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 SGB X eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 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 3 verpflichtet sich der koordinierende Arzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung der Dokumentationen sicherzustellen, dass eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Zugleich verpflichten er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben innerhalb von 10 Tagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 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.

§ 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. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 24

Datenaufbewahrung

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

§ 25

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt 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 6 „Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung, und Schulung“ 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, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.
- (4) 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.
- (5) Die Vertragspartner gehen davon aus, dass mit der Etablierung des DMP Osteoporose positive Versorgungseffekte erzielt werden. Sie vereinbaren daher, die Auswirkungen auf die Versorgung gemeinsam zu bewerten und bei Bedarf Vergütungsverhandlungen aufzunehmen.

Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen

§ 28

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen 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. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 29

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 versicherten- und arztbezogen an die 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 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 Abs. 3.
- (2) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen. Die Kosten für Einführungsveranstaltungen für teilnehmende Ärzte werden von der KVSH übernommen.
- (3) 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.
- (4) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Strukturqualität und zur Teilnahme an diesem DMP werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

§ 31

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2023 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 01.10.2023. Dieser Vertrag steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das BAS und der zuständigen Aufsichtsbehörden. Er kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.

- (3) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS, auch aufgrund einer nicht rechtzeitig oder für die Aufrechterhaltung der Zulassung mit nicht ausreichendem Ergebnis abgeschlossenen Evaluation des in Anlage 6 enthaltenen Schulungsprogramms. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Beendigung des DMP. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 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

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

21. Juni 2023



Bad Segeberg, den _____
Kassennärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____
BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den _____
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Bad Segeberg, den _____
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den 16.06.23

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____
BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den _____
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Bad Segeberg, den _____
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den **19.06.2023**
BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den _____
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Bad Segeberg, den _____
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____
BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den 19.06.2023

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den _____
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Bad Segeberg, den _____ Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____ AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____ BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____ KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den 19.6.23 *i.A. J. J. J.*
SVLFG als LKK

Kiel, den _____ Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein

Bad Segeberg, den _____
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den _____
BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____
KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den _____
SVLFG als LKK

Kiel, den 19.06.2023

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