

Vertrag

**zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f
SGB V für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2**

**Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 137f
SGB V vom 01.01.2021 inklusive der zugehörigen Protokollnotizen vom
11.05.2018, 12.11.2018 und 29.03.2019**

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven

Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

dem BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 20173 Hannover

zugleich für die Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

der IKK gesund plus

Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg

handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Sozialversicherung der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

Martinistr. 34, 28195 Bremen

im Folgenden „Krankenkassen/-verbände“

und

Kassenärztlicher Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

im Folgenden „KVHB“

Inhaltsverzeichnis

<u>Abschnitt I</u>	<u>Ziele, Geltungsbereich</u>	<u>6</u>
§ 1	Ziele der Vereinbarung	6
§ 2	Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze	6
<u>Abschnitt II</u>	<u>Teilnahme der Ärzte</u>	<u>7</u>
§ 3	Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)	7
§ 4	Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors	8
§ 5	Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	10
§ 6	Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Ärzte	10
§ 7	Leistungserbringerverzeichnis	10
<u>Abschnitt III</u>	<u>Versorgungsinhalte</u>	<u>11</u>
§ 8	Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2	11
<u>Abschnitt IV</u>	<u>Qualitätssicherung</u>	<u>12</u>
§ 9	Grundlagen und Ziele	12
§ 10	Maßnahmen und Indikatoren	12
§ 11	Vertragsmaßnahmen	13
<u>Abschnitt V</u>	<u>Teilnahme und Einschreibung der Versicherten</u>	<u>13</u>
§ 12	Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 13	Information und Einschreibung	14
§ 14	Beginn und Ende der Teilnahme	15
§ 15	Wechsel des koordinierenden Arztes	15
<u>Abschnitt VI</u>	<u>Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Schulungen</u>	<u>15</u>
§ 16	Fortbildungen	15
§ 17	Schulungen der Versicherten	16
<u>Abschnitt VII</u>	<u>Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung</u>	<u>16</u>
§ 18	Arbeitsgemeinschaft	16
§ 19	Gemeinsame Datenstelle	17
§ 20	Gemeinsame Einrichtung	17
§ 21	Datenfluss zur Datenstelle	17
§ 22	Datenzugang	17
§ 23	Datenaufbewahrung und -löschung	18
<u>Abschnitt VIII</u>	<u>Evaluation</u>	<u>18</u>
§ 24	Evaluation	18
<u>Abschnitt IX</u>	<u>Vergütung und Abrechnung</u>	<u>18</u>
§ 25	Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen	18
§ 26	Schulungen	18
<u>Abschnitt X</u>	<u>Sonstige Bestimmungen</u>	<u>19</u>
§ 27	Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	19
§ 28	Laufzeit und Kündigung	19
§ 29	Schriftform	20
§ 30	Salvatorische Klausel	20

Erläuterungen

- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/ kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/ vornimmt.
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 18.
- „Ärzte“ sind an diesem DMP teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, sowie bei diesen angestellte Ärzte bzw. Ärztinnen, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „Datenverarbeitung“ bezeichnet im Sinne des Art. 4 EU-DSGVO jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm bzw. strukturierte Behandlungsprogramm
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „EU-DSGVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 19
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 20
- „Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3
- „Versicherte“ sind in diesem Vertrag Patienten bzw. Versicherte mit der Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

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

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

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind. Der Vertrag bezieht sich somit auf die aktuell gültige Fassung der DMP-A-RL inklusive ihrer Anlagen.

Anlagen

- Anlage 1a Strukturvoraussetzungen für den hausärztlichen Versorgungssektor nach § 3 (koordinierender Arzt)
- Anlage 1b Strukturvoraussetzungen für fachärztlich tätige Internisten nach § 3
- Anlage 2 Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor (Diabetologische Schwerpunktpraxis) nach § 4
- Anlage 3 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung für Ärzte
- Anlage 4 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 6 Qualitätssicherung
- Anlage 7 Leistungserbringerverzeichnis

Präambel

Der Diabetes mellitus Typ 2 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. Neben persönlichen, können chronische Erkrankungen auch gesellschaftliche wie volkswirtschaftliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, strukturierte evidenzbasierte Therapie sowie gezielte qualifizierte Schulungs- und Betreuungsmaßnahmen, die Lebensqualität und -erwartung der Versicherten deutlich erhöht und die Behandlungskosten reduziert werden können. Die Behandlung und Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 erfordert, unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals und spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

Die strukturierte Diagnostik stellt ein wesentliches Mittel zum rechtzeitigen Erkennen der Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 dar und unterbindet eine Manifestation von Früh- und Spätfolgen. Ein weiterer Effekt, der mit der Therapie einhergeht, ist die Reduzierung von Behandlungskosten. Um der Behandlung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der sich fortlaufend entwickelnden medizinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse gerecht zu werden, soll das Disease-Management-Programm (DMP) nach § 137g SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 137f SGB V.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, eine Optimierung der Versorgung und insgesamt ausgabenneutrale Implementierung der DMP zu ermöglichen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses DMP und die in § 9 und der Anlage 6 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Vertrauensbeziehung zwischen Versicherten und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen/-verbände kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet. Gleichzeitig wird der Qualitätssicherungsauftrag der KVHB erfüllt.

Die vertraglichen Anpassungen 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 DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet, deren Inhalte als verbindlich gelten. Bei Änderungen, die sich auf die Anlage 1 der DMP-A-RL „Versorgungsinhalte“ beziehen, werden die teilnehmenden Ärzte durch die KVHB unverzüglich über die Änderungen informiert.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist u.a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KVHB. Über dieses DMP soll unter Beachtung der nach § 8 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen/-verbände gewährleistet werden, um die Versorgung der Versicherten zu optimieren. Der Hausarzt spielt als koordinierender Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung.
- (2) Generelles Ziel ist 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 Versicherten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Nummer 1.3.1 der Anlage 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 Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (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.

§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 - a. Ärzte in der Region der KVHB, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
 - b. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
 - c. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVHB darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVHB, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß Abschnitt VIII anerkennen. Die KVHB informiert die teilnehmenden Ärzte.

- (2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1c. erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Grundlagen dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß Abschnitt III (Versorgungsinhalte) zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (5) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und die die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 1a** – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche qualifizierte Versorgung der ersten Versorgungsebene sind Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen gemäß **Anlage 1b** – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Sofern der qualifizierte Facharzt die Funktion des koordinierenden Arztes übernimmt, erfüllt er im Rahmen der DMP-Indikation Diabetes mellitus Typ 2 auch sämtliche Aufgaben eines koordinierenden Arztes, dies schließt notwendige Hausbesuche mit ein.
- (4) Jeder Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1a oder 1b gegenüber der KVHB mit der Teilnahmeerklärung 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 Strukturvoraussetzungen erfolgt entsprechend § 5. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen sind der KVHB unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (5) Zu den Pflichten der in Abs. 2 und 3 teilnehmenden Ärzte (im weiteren koordinierender Arzt) gehören insbesondere:
 - a. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
 - b. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 13 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation unter Berücksichtigung der empfohlenen Dokumentationsfrequenz gemäß **Anlage 4**,
 - c. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

- d. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB nachgewiesen ist,
- e. das Führen des Gesundheitspasses Diabetes,
- f. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung an andere Ärzte entsprechend der **Anlage 2** „Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am DMP teilnehmende Ärzte erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen
- g. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Interessen des Versicherten und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
- h. bei Überweisung und Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 8, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
- i. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Nummer 1.8.4 der Anlage 1 der DMP-A-RL.
- j. bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
- k. die Berücksichtigung der von der Gemeinsamen Datenstelle bzw. den Krankenkassen/-verbände verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,
- l. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a - l entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors

- (1) Die Beteiligung der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes tätig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 2** zu diesem Vertrag - persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die Strukturqualität muss entsprechend des in **Anlage 2** benannten Zeitpunkts gegenüber der KVHB nachgewiesen werden.

- (3) Jeder Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 2 gegenüber der KVHB mit der Teilnahmeerklärung 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 Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 5. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 sind der KVHB unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:
- a. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in Anlage 1 der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 - b. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - c. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB nachgewiesen ist,
 - d. das Erfragen nach und bei Vorhandensein das Führen des Gesundheitspasses Diabetes des Versicherten,
 - e. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 - f. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,
 - g. bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,
 - h. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Interessen des Versicherten und regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 - i. bei Überweisung an andere Leistungserbringer oder Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus, therapierelevante Informationen entsprechend § 6, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
 - j. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-j entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

- (5) In Ausnahmefällen kann ein Versicherter einen nach § 4 teilnehmenden Arzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem

Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Für den Arzt gilt in diesem Fall § 3 Abs. 5 entsprechend.

§ 5 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Der Arzt beantragt mit dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVHB. Wird die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt/MVZ auf dem Teilnahmeantrag entsprechend der Vorgaben der Anlage 3 einzutragen. Der Teilnahmeantrag ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.
- (2) Die KVHB prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag auf Teilnahme vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlagen 1a, 1b oder 2 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag. Die Strukturvoraussetzungen müssen von den Ärzten spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVHB nachgewiesen werden.

§ 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Ärzte

- (1) Die Teilnahme eines Arztes am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVHB bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVHB) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4 oder durch Beschluss nach § 11 Abs. 2, so ist er von diesem Vertrag durch die KVHB auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte aufmerksam machen.
- (4) Die Teilnahme am DMP endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVHB.
- (5) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a oder 1b oder 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, erhält auch nur der angestellte Arzt eine Genehmigung zur Teilnahme und ist somit zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 7 Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVHB ein Leistungserbringerverzeichnis, welches die in der **Anlage 7** aufgeführten arztbezogenen Angaben enthält. Die KVHB stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend **Anlage 7** zur Verfügung.

- (2) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Leistungserbringerverzeichnis der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVHB zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Absatz 1 und 2 werden außerdem
- den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVHB,
 - der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. für die teilnehmenden Krankenhäuser durch die Krankenkassen/-verbände,
 - den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen/-verbände,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung) und
 - der Gemeinsamen Datenstelle nach § 19

zur Verfügung gestellt.

- (4) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen/-verbände dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände die Verzeichnisse der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuell gültigen Anlage 1 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Mit der Abgabe ihres Teilnahmeantrages (Anlage 3) verpflichten sich die Ärzte insbesondere die Versorgungsinhalte der jeweils aktuellen Anlage 1 der DMP-A-RL 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.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVHB über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 9 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der **Anlage 6** genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere

- a. die Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- b. die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- c. die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL,
- d. die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach den **Anlagen 1a, 1b oder 2**,
- e. Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und
- f. die aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 9 zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 - a. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - b. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für teilnehmenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,
 - c. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - d. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend der **Anlage 6**, werden die Krankenkassen die Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung ein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht erfolgt.
- (4) Die Krankenkassen/-verbände informieren die KVHB über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 3 und stellen ggf. verwendetes Informationsmaterial und Muster schreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.
- (5) Zur Auswertung der in Anlage 6 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen.

Die vereinbarten Qualitätssicherungsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach **Anlage 6** Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23 zu melden.
- (2) Verstößt der Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a. Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der Arzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht,
 - b. Verstößt ein Arzt wiederholt gegen Pflichten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben oder werden fehlende Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Einen erneuten Teilnahmeantrag kann der Arzt frühestens nach zwei Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen. Im Wiederholungsfall kann ein Arzt dauerhaft aus dem DMP ausgeschlossen werden.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 12 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind:
 - a. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1, Nummer 1.2 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt oder einer bereits vorliegenden Therapie mit diabetesspezifischen glukosesenkenden Medikamenten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
 - b. die schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung
 - c. die umfassende schriftliche oder elektronische 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 DMP 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 DMP zur Folge hat.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Versicherte mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses DMP aufgenommen.
- (4) Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 ist nicht möglich.

§ 13 Information und Einschreibung

- (1) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV bzw. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL die nach § 12 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben. Die Krankenkassen/-verbände werden zur Unterstützung der Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 5, über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3.1 und 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL sowie die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung informieren.
- (2) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 folgende Unterlagen notwendig:
- a. die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
 - b. 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 koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob der Versicherte im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.
 - c. die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch den Versicherten.
 - d. Der koordinierende 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.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt

und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Gemeinsame Datenstelle weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.

- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse in seine Teilnahmen am DMP einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse darauf hingewiesen, einen nach § 3 teilnehmenden, koordinierenden Arzt zu wählen, welcher die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weiterleitet.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten sowie dem koordinierenden Arzt die Teilnahme am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 14 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 13 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus. Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß der Gründe nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 a) - c) RSAV sowie mit dem Kassenwechsel, dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs sowie mit dem Ende der Programmmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.
- (3) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 15 Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle nach § 22. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Abschnitt VI Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Schulungen

§ 16 Fortbildungen

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und

Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.

- (2) Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärzte gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert nach Beratung mit der Gemeinsamen Einrichtung die über die in den **Anlagen 1a, 1b und 2** hinausgehenden Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung/ DMP-Qualitätszirkel der Ärzte.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen, von der Ärztekammer anerkannten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVHB nachzuweisen. Hierunter fallen alle indikationsspezifischen Fortbildungsmöglichkeiten, die gemäß Fortbildungsordnung der Ärztekammer anerkannt sind und mit CME-Punkten belegt sind (außer Selbststudium). In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9 einbezogen werden.
- (4) 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 der Versicherten

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Entscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (2) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (3) Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 werden die Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt.

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

§ 18 Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Die Arbeitsgemeinschaft hat nach § 25 Absatz 2 Nr. 1c RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVHB und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten. Das Nähere dazu ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19 Gemeinsame Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen/-verbände, die Bremische Arbeitsgemeinschaft DMP und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Gemeinsame Datenstelle, insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (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 Ärzte nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

§ 20 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c) der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Die Gemeinsame Einrichtung hat die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL zur Aufgabe. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21 Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahme verpflichtet sich der koordinierende Arzt die vollständigen Daten der Erst- und Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (drei oder sechs Monate) für den jeweiligen Versicherten zu erfassen und innerhalb von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Gemeinsame Datenstelle zu übermitteln.
- (2) Der Versicherte wird schriftlich oder elektronisch über die übermittelten Daten informiert.

§ 22 Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Gemeinsame Datenstelle, die Gemeinsame Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft, die KVHB und die DMP-Zentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL ausschließlich für die in § 13 und der **Anlage 10** beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses DMP und die in § 12 und der **Anlage 10** beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Versicherten und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet.
- (3) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 26 genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 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.

Abschnitt VIII Evaluation

§ 24 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 der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung

§ 25 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten ist in einem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der DMP nach § 137f SGB V geregelt.

§ 26 Schulungen

- (1) Schulungsprogramme können ausschließlich von Ärzten erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß **Anlagen 1a, 1b oder 2** erfüllen und einen entsprechenden Nachweis erbracht haben.
- (2) Die Vergütung und Abrechnung ist in dem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der DMP nach § 137f SGB V geregelt.

Abschnitt X Sonstige Bestimmungen

§ 27 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVHB liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände.
- (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.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Versicherten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der aktuellen EU-DSGVO 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.
- (4) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.

§ 28 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 als Neufassung in Kraft und ersetzt den Vertrag nach § 137f SGB V vom 01.01.2021 inklusive der zugehörigen Protokollnotizen vom 11.05.2018, 12.11.2018 und 29.03.2019. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende 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 Diabetes mellitus Typ 2, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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 einer Wiederzulassung gelten die im Rahmen der ersten Zulassung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 29 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.

§ 30 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages 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 Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Bremen und der KVHB

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen,
zugleich für die Knappschaft –
Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus -
handelnd als IKK-Landesverband für das Land
Bremen, zugleich für die SVLFG als Landwirt-
schaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen