Vertrag

zur Durchführung des

Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 2

(in der geänderten Fassung ab 01.10.2023)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger

der IKK classic

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19,
30173 Hannover

der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Chemnitz

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) 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 die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

auf der Grundlage des § 83 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziel des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen)

§ 4a Teilnahme der Krankenhäuser

§ 4b Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen

§ 5 Teilnahmeerklärung

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Maßnahmen bei Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

§ 14 Information und Einschreibung

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

§ 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulung

§ 19 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

§ 20 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Vertragsärzte und Einrichtungen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21 Aufgaben der Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle

Abschnitt VIII – Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkasse, KVS und Gemeinsamer Einrichtung

§ 26 Datenfluss

§ 26a Datenverwendung

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und –löschung durch Krankenkasse, KVS und Gemeinsame Einrichtung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

- Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „Vertragsärzte“ zugelassene Ärzte, bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ gemäß § 95 SGB V angestellte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und Vertragsärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V und in ermächtigten Einrichtungen.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum bzw. sind die Medizinischen Versorgungszentren.
- „Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte i. S. d. § 3 und die Fachärzte i. S. d. § 4 sowie Krankenhäuser i. S. d. § 4a und Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 4b sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/ kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.
- „Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3.
- „diabetologisch qualifizierte/r Arzt oder Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 1 Nummer 1.8.1 und/oder 1.8.2 DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 8 der DMP-A-RL“ werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in den Anlagen Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Krankenkassen“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände.
- „KVS“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.
- „Vertragspartner“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen, deren Verbände und die KVS.
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- „GKV“ ist die gesetzliche Krankenversicherung.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „DDG“ ist die Deutsche Diabetes Gesellschaft.
- „SVHV“ ist Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung.".
- „EBM“ ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für Ärzte.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes.
- „(N)BSNR“ ist die Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer des Vertragsarztes.
- „Multimorbiditätsvertrag“ ist der Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „BDSG“ ist das Bundesdatenschutzgesetz

- „elektronische“ Übermittlung von Daten oder Informationen – die Umsetzung der mit „*“ gekennzeichneten Vertragspassagen kann erst erfolgen, sofern die dafür erforderlichen, technischen Voraussetzungen geschaffen und zwischen den Vertragspartnern vertraglich vereinbart wurden

Die rechtlichen Grundlagen bzw. Verträge bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.
Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Präambel

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

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch Insulinresistenz in Verbindung mit eher relativem als absolutem Insulinmangel gekennzeichnet ist. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ 2-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen. Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser Diabetes-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden.

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden DMP genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden. Grundlage dieser Programme sind die jeweils geltenden Regelungen der RSAV sowie der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-A-RL) in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 i. V. m. §137f SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2.

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziel des Vertrages

(1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2. Die an diesem Vertrag nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KVS hin.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 1 festgelegt. Entsprechend Anlage 1 Nummer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:

- Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien[1]) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

[1] Eine schwere Hypoglykämie ist dadurch definiert, dass Fremdhilfe erforderlich ist.

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio-, und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung, die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität sowie die Vermeidung diabetesbedingter und –assoziierter Folgeschäden. Dabei werden unter Berücksichtigung des individuellen Risikos unter Einbeziehung des Alters sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen individuelle Therapieziele gemeinsam mit den Patienten festgelegt und eine differenzierte Therapieplanung vorgenommen. Das Ziel der antihyperglykämischen Therapie, gemessen am HbA1c-Bereich, ist individuell unter Berücksichtigung der Orientierungsgrößen gemäß Anlage 1 Nummer 1.3.2.2. der DMP-A-RL festzulegen.

(3) Zur Förderung der Adhärenz soll eine patientenzentrierte Vorgehensweise beitragen. Dabei wird mit dem Patienten vor Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ausführlich über die Erkrankung, die möglichen Maßnahmen und deren Auswirkungen, sowie über möglich zielführende Verhaltensoptionen des Patienten selbst gesprochen. Entscheidungen über die jeweiligen Behandlungsschritte sollen im Gespräch mit dem informierten Patienten, auf Basis einer auf den Patienten abgestimmten, neutralen Informationsvermittlung erfolgen. Ein angemessenes Eingehen auf die psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit des Patienten soll erfolgen. Dabei ist auch das Recht des Patienten, eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in Anspruch zu nehmen, zu berücksichtigen. Auf die Möglichkeit der Unterstützung durch geeignete flankierende Maßnahmen (z. B. Selbsthilfe) wird hingewiesen.

(4) Die Behandlung und Betreuung der Typ 2-Diabetiker erfolgt in folgenden Versorgungsebenen:

1. im Rahmen der hausärztlichen Versorgung,
2. in diabetologischen Schwerpunktpraxen,
3. in stationären Einrichtungen.

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für:

1. Vertragsärzte in der Region der KVS, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
3. 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 die am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen mit den Krankenkassen des Versicherten geregelt und die KVS darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVS, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KVS informiert die teilnehmenden Vertragsärzte,
4. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden BKK, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt gemäß Ziffer 1 in Sachsen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.

(2) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1, Nr. 3 und 4 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, sofern der Versicherte seinen Wohnort außerhalb Sachsens hat und soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(3) Dieser Vertrag gilt in Bezug auf die vereinbarten Sondervergütungen nach § 35 Abs. 1 für Versicherte, soweit sie nicht noch in einem anderen DMP im Rahmen des Multimorbiditätsvertrages teilnehmen.

(4) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentationen betreffen, entsprechen wörtlich der Anlage 1 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.

(2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine ärztlich geleitete, diabetologisch spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn der gewählte Arzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Die Überweisungsregeln nach der Ziff. 1.8.2 der Anlage 7 "Versorgungsinhalte" sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht. Die Strukturqualität muss von den nach diesem Paragrafen teilnehmenden Vertragsärzten mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachgewiesen werden.

(3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Der Beginn und das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Vertragsarzt bzw. dem Leiter des MVZ unverzüglich mithilfe des in der Anlage 4 beigefügten Formulars mitgeteilt.

(5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (koordinierender Vertragsarzt) gehören insbesondere:

1. die kontinuierliche hausärztliche Betreuung der Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend dem Versorgungsauftrag,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Anlage 1 Nummer 1.8 DMP-A-RL,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
4. die vollständige Erstellung der Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL, soweit diese nicht ausreichend/plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung/Korrektur der betreffenden Parameter auf Anforderung,
5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entsprechend nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten, an Patientenschulungen teilzunehmen,
7. die Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Mit- und Weiterbehandlung“ und Punkt 1.8.2 entsprechend der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ sowie
8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
   a) therapierelevante Informationen entsprechend § 9, z. B. betreffend der medikamentösen Therapie, zu übermitteln,
   b) von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
9. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen, eine Einweisung in das nächstgelegene gemäß § 4a vertraglich eingebundene Krankenhaus vorzunehmen. Die individuellen Patienteninteressen sowie die regionalen Versorgungsstrukturen sind zu beachten. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung auf Grund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4. der Anlage 7 „Versorgungsinhalte" genannten Indikationen, insbesondere bei Vorliegen von Begleit- und Folgeerkrankungen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen,
11. Eintragungen in den Diabetespass oder ein anderes Patientendokument, das mindestens die gleichen Inhalte wie der Diabetespass enthält, z. B. Arztbuch des Hausärzteverbandes.

    Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 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.

(6) Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z. B. einer DMP-Schulung, an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind. Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur Mit-/Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

§ 4
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen)

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.

(2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte in diabetologischen Schwerpunktpraxen, wenn sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.

(3) Die Strukturqualität muss von den nach diesem Paragrafen teilnehmenden Vertragsärzten mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachgewiesen werden. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Der Beginn und das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. MVZ mithilfe des in der Anlage beigefügten Formulars der Anlage 4 unverzüglich mitgeteilt.

(4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten diabetologisch qualifizierten Vertragsärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung zur Mit- und Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Mit und Weiterbehandlung“ und Punkt 1.8.2 der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“,
5. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
   a) therapierelevante Informationen entsprechend § 9, z. B. betreffend der medikamentösen Therapie, zu übermitteln,
   b) von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
6. sofern eine Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Vertragsarzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen, u. a. zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln, dies soll in der Regel spätestens 2 Wochen nach Befunderhebung erfolgen,
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen, eine Einweisung in das nächstgelegene gemäß § 4a vertraglich eingebundene Krankenhaus vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Die individuellen Patienteninteressen sowie die regionalen Versorgungsstrukturen sind zu beachten. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Leistungserbringern zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4. der Anlage 7 „Versorgungsinhalte" genannten Indikationen, insbesondere bei Vorliegen von Begleit- und Folgeerkrankungen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1 – 8 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.

§ 4a
Teilnahme der Krankenhäuser

Die Krankenkassen bzw. deren Verbände binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, nachzuweisen, dass die gesondert vertraglich vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität zu Beginn der Teilnahme erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patienten u. a. die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 4b
Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenkassen binden mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen werden verpflichtet, die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL zu beachten und die fachliche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (der Deutschen Rentenversicherung bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 5
Teilnahmeerklärung

(1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4 gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 4 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. des zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

(2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

(3) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den für ihn ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft sowie den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft nach § 29, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

(4) Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V erklären ihre Teilnahme direkt gegenüber den Krankenkassen. Die Erklärung ist bei der AOK PLUS einzureichen.

§ 6
Überprüfung der Strukturqualitäten

(1) Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und die Schulungsberechtigungen entsprechend den Anforderungen der Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Abs. 4 Satz 1 und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes.

(2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen von Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V erfolgt durch die Krankenkassen.

§ 7
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Programm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Genehmigung der KVS zur Teilnahme gemäß § 3 Abs. 1 bzw. § 4 Abs. 1 wird schriftlich erteilt.

(2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVS) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KVS informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.

(4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVS.

(5) Die Teilnahme des Vertragsarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

(6) Für Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V übernehmen die in den Absätzen 1 bis 3 und 5 genannten Aufgaben der KVS die Krankenkassen.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formular nachzuweisen.

(8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 und 2 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ bzw. „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“, näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8
Leistungserbringerverzeichnisse

(1) Die Krankenkassen erhalten von der KVS ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär" bei Vertragsbeginn und bei jeder relevanten Änderung. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen

MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVS stellt für die Vertragsärzte und die AOK stellt für Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V der Datenstelle die für die Erstellung des Verzeichnisses benötigten Grunddaten zur Verfügung. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK PLUS stellt auch der KVS das Verzeichnis der teilnehmenden Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V zur Verfügung.

(2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Besucheranschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
- Angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

(3) Das Verzeichnis nach Abs. 1, welches um die nach Absatz 2 genannten Inhalte erweitert ist, stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen, wobei die Vorlage erstmalig zum 01.10.2013 erfolgt ist. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

(4) Die Krankenkassen führen entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär" ein Verzeichnis der nach §§ 4a und 4b teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Leistungserbringerverzeichnis stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung für die Krankenhäuser, mit denen bereits eine vertragliche Bindung besteht zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt. Dazu übermittelt die AOK PLUS bei jeder Änderung im Auftrag der Krankenkassen dieses Verzeichnis in maschinenlesbarer Form an die Datenstelle nach § 21 und die KVS. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form, usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK PLUS stellt dieses Verzeichnis im Auftrag der Krankenkassen auch den am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei Teilnahmebeginn und nachfolgend bei jeder Änderung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(5) Die Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem

1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVS und
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten - insbesondere bei Neueinschreibung - durch die Krankenkasse,
3. den am Vertrag teilnehmenden Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände

zur Verfügung gestellt.

(6) Die Leistungserbringerverzeichnisse können zudem in einem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am DMP Diabetes mellitus Typ 2" veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ erteilt.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

(1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen wortgleich der Anlage 1 der DMP-A-RL. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

(2) Die Vertragspartner stimmen überein, die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuellen Anlage 7 "Versorgungsinhalte" des DMP-Vertrages, nach Abs. 1, zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(3) Die teilnehmenden Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVS über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, die Versorgung entsprechend anzupassen.

(4) Die Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V werden dazu durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände informiert.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10
Grundlagen und Ziele

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

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der in Verträgen vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

(2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte können für die in das DMP eingeschriebenen Diabetiker mit

OAD-Therapie	bis zu 50 (Nummer 99313X)
CT-Insulinierung	bis zu 200 (Nummer 99313Y)
ICT-Insulinierung	bis zu 400 (Nummer 99313Z)

Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit geltend machen. Diese zusätzlichen Verordnungen werden bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V von der Summe der Arzneimittelausgaben der Praxis abgesetzt.

Für die gemäß Satz 1 getroffene Regelung zur Anerkennung von verordneten Blutzuckerteststreifen als Praxisbesonderheit im Falle einer OAD-Therapie gelten die Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse gemäß Arzneimittel-Richtlinie des G-BA.

§ 11
Maßnahmen und Indikatoren

Zur Erreichung der in § 10 Abs. 1 festgelegten Qualitätsziele dienen sowohl Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten, die von der Gemeinsamen Einrichtung durchgeführt werden, als auch strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen, deren Verlaufsdokumentation auch Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält. Ausgehend von § 2 DMP-A RL sollen insbesondere folgende Maßnahmen auf der Grundlage der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 12 eingesetzt werden:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle, gegebenenfalls ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln sowie,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die Krankenkassen.

Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 8 der DMP-A-RL und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.

Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder der Fachpresse).

§ 12
Maßnahmen bei Verstoß gegen die Ziele des Programms

(1) Im Rahmen dieses DMP werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses DMP beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

(2) Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
2. Aufforderung durch die Gemeinsame Einrichtung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach einvernehmlicher Abstimmung mit den anderen Vertragspartnern Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVS. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),

4. Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVS nach einvernehmlicher Abstimmung mit den Vertragspartnern (z. B. bei Nichteinhaltung der Medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1, Nummer 3 erfüllt sind:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Nummer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
2. die schriftliche oder elektronische* Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung
3. die schriftliche oder elektronische* Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von dieser im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges 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, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen gehört, dass die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 der DMP-A-RL gesichert ist oder eine Therapie mit diabetesspezifischen, glukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt. Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.

(3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

(4) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 14
Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation - bestehend aus dem Patientenmerkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte (siehe Anlage 9, Anlage 10 und Anlage 11) - über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 1 der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt informiert entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL seine nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

(3) Für die rechtswirksame Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 1, Nummer 1.2 DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann,
2. die vollständigen Dokumentationsdaten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt nach § 3 oder § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

(5) Versicherte, die an mehreren DMP mit internistischen Diagnosen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 ist nicht möglich.

(6) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Bereitschaft zur Teilnahme am DMP erklären. 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. 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(7) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem DMP.

§ 15
Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte schriftlich oder elektronisch* auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte gemäß der Anlage 11 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt so einmalig mit seiner Unterschrift in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Abschnitte Datenschutzinformation und Patienteninformation der Anlage 11 verbleiben beim Versicherten.

§ 16
Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen* Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich

oder elektronisch* die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 7 und kann die Erstellung der Versichertenkarte mit DMP-Kennzeichen veranlassen und verlangt ggf. vom Patienten die Rückgabe der alten Versichertenkarte.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit schriftlich oder elektronisch* gegenüber der Krankenkasse widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei der Krankenkasse (nach deren Erfordernissen).

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag

1. der Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V
2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang der den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse genügenden Kündigung bei der Krankenkasse, sofern der Versicherte bei seiner Kündigung keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang des Widerrufsschreibens bei der Krankenkasse,
4. des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
5. der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte innerhalb von 12 Monaten zwei veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat,
6. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt wurden oder
7. der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen gemäß § 13 vorliegen.

(4) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme des Versicherten bei Vorliegen einer der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum).

(5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Vertragsarzt schriftlich oder elektronisch* über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 17
Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation gemäß der Anlage 12 „Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.

(2) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet mit Einwilligung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten des Versicherten an den neu gewählten Vertragsarzt zu übermitteln.

(3) Bei einem Arztwechsel hat der neue koordinierende Vertragsarzt eine neue DMP-Fallnummer gemäß § 23 Abs. 1 zu vergeben.

§ 18
Versichertenverzeichnis

(1) Die Vertragspartner können die Umsetzung eines Versichertenverzeichnisses vereinbaren. Die Anforderungen und Inhalte des Versichertenverzeichnisses sind in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der KVS geregelt. Es steht den Krankenkassen frei, dieser Vereinbarung beizutreten.

Abschnitt VI – Schulung

§ 19
Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

(1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer 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 Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

(2) Die Fortbildungen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Managementkomponenten ab, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien der Versicherten ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVS nachzuweisen.

(4) Fortbildungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Vertragsärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20
Versicherte

(1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten im Sinne der Nummer 3 der Anlage 7 über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.

(2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

(3) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 13 „Patientenschulung“ genannten Schulungsprogramme genutzt. Es werden nur die Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage durchgeführt.

(4) Zur Patientenschulung berechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß der Anlage 13 „Patientenschulung“ hierzu befähigt sind und gemäß § 6 überprüft wurden. Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entsprechend § 6 durch die KVS.

(5) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 13 „Patientenschulung“ sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 9 einzubeziehen. Der mit der Patientenschulung beauftragte Leistungserbringer ist verpflichtet, auf die gemäß der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen. Bei den angebotenen Patientenschulungen werden im Rahmen dieses Vertrages nur Inhalte vermittelt, die der DMP-A-RL entsprechen.

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Vertragsärzte und Einrichtungen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21
Aufgaben der Datenstelle

(1) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit

1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL elektronisch gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,
2. der Erfassung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie der Information der Krankenkassen bzw. deren Verbände und Gemeinsamer Einrichtung über die Ergebnisse der Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Dokumentationen,
4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Krankenkasse,
6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,
7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
8. die Archivierung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL gemäß § 25 dieses Vertrages
9. der Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse.

(2) Das Nähere regeln die Krankenkasse bzw. ihre Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden.

(3) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit:

1. der Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 8 der DMP-A-RL entsprechend § 25 Abs. 2 Satz 1 der RSAV.

(4) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten und Einrichtungen gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22
Erst- und Folgedokumentationen

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

(2) Der koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist. Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

§ 23
Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 12 „Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß der Anlage 12 „Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL“

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Onlineportal zu erfassen und die Dokumentationen verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst regelmäßig, vorzugsweise monatlich, jedoch spätestens zehn Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes gem. § 25 Abs. 2 Nr. 1 a) RSAV elektronisch (z. B. per E-Mail, Online) an die Datenstelle zu übermitteln sowie

3. bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten zeitnah an die Datenstelle weiterzuleiten.

   Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neu koordinierende Vertragsarzt nach § 3 nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL, diese entsprechend Abs. 1, Pkt. 2 an die Datenstelle.

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

Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden und ist über den gesamten Behandlungsverlauf beizubehalten.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt stellt bei der elektronischen Datenübermittlung die akkreditierten Verfahrensvorgaben sicher. Das genaue Procedere bei der elektronischen Datenübermittlung ist in einer gesonderten Vereinbarung zum Datenstellenvertrag geregelt.

(3) Der Versicherte willigt gemäß der Anlage 11 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte" einmalig mit seiner Unterschrift in die Datenübermittlung ein und wird schriftlich oder elektronisch* über die übermittelten Dokumentationsdaten entsprechend der Anlagen „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ unterrichtet. Dazu erhält er von seinem koordinierenden Vertragsarzt auf Wunsch einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24
Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

§ 25

Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle

(1) Die im Rahmen des Programms elektronisch übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVS und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 Abs. 2 b DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

Abschnitt VIII – Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkasse, KVS und Gemeinsamer Einrichtung

§ 26
Datenfluss

(1) Bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die dort erfassten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.

(4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Gültigkeitsinformation der Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug an die KVS zur Abrechnungsprüfung.

§ 26a
Datenverwendung

Die nach § 21 Abs. 1 Nr. 5 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i. V. m. der Anlage 8 der DMP-A-RL werden von der Krankenkasse ausschließlich für folgende Zwecke genutzt:

1. schriftliche oder elektronische* Information von Versicherten, zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
2. ergänzende individuelle und anlassbezogene Information der Versicherten, deren Verlaufsdokumentationen Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprogramms durch den Versicherten beinhalten sowie allgemeine Informationen über die Krankheit, deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote. Die ergänzenden und anlassbezogenen Informationen erfolgen nur im Rahmen der festgelegten Maßnahmen und Ziele der Anlage 8 „Qualitätssicherung“,
3. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

§ 27
Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVS und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

§ 28
Datenaufbewahrung und –löschung durch Krankenkasse, KVS und Gemeinsame Einrichtung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von der Krankenkasse, der KVS und der Gemeinsamen Einrichtung gem. den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V aufbewahrt und innerhalb der gesetzlich gültigen Zeiträume gelöscht bzw. vernichtet. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente.

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

§ 29
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und diese dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung " weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31
Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP die Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 und der Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-RL gebildet. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 32
Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

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

1. eine Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL und
5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSG-VO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

(3) Autorisierte Mitarbeiter der Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung haben im Rahmen des § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung einschließlich Korrespondenzen, Feedbackberichten usw.

Abschnitt X - Evaluation

§ 33
Evaluation

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

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

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34
Vertragsärztliche Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V mit der KVS abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

§ 35
Sondervergütung

(in Verbindung mit dem Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP)

(1) Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß der Anlage 12 „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL" sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument	99310A	25,00 EUR
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument	99310B	15,00 EUR

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 entschließt. Für den Fall, dass ein Versicherter an mehreren DMP im weiteren Sinne teilnimmt, kommt der gesonderte Vertrag zur "Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V" zur Anwendung.

Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) im Zusammenhang mit der Einschreibung aus.

1. Die Abrechnungsnummer 99310A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nummer 99310A schließt eine Abrechnung der Nummer 99310B im gleichen Quartal aus.
2. Die Abrechnungsnummer 99310B ist durch Vertragsärzte nach § 3 grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17):
   a) einmal im Quartal je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) jedes Quartal angegeben hat
   b) einmal in zwei Quartalen je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- und Folgedokumentation) jedes zweite Quartal angegeben hat

(2) Die Datenstelle nach § 21 übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag), in der alle vollständig, plausibel sowie fristgemäß elektronisch übermittelten Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug sowie die ungültigen und unplausiblen Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug enthalten sind. Diese Aufstellung der Datenstelle ist Grundlage für die Prüfung der abgerechneten Erst- und Folgedokumentationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Erst- und Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.

(3) Folgende Leistungen sind nur für Vertragsärzte gemäß Anlage 2 dieses Vertrages abrechenbar. Ist der koordinierende Arzt nicht mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis identisch, muss eine Überweisung an die Schwerpunktpraxis erfolgen, wobei der koordinierende Arzt auf der Überweisung die Teilnahme des Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu bestätigen hat.

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung Primarkassen	Vergütung Ersatzkassen
Strukturierte Einzelberatung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe - umfasst 5 Einzelberatungen, - ist je Patient und Einzelberatung abrechenbar	99315H	26,00 EUR*	26,00 EUR*
Ersteinstellung von Pumpenpatienten	99318A	128,00 EUR *	128,00 EUR *
Dauerbetreuung von Pumpenpatienten	99318B	13,00 EUR	21,00 EUR
Ersteinstellung für CT-Insulinierung	99318D	21,00 EUR *	21,00 EUR *
Ersteinstellung ICT Insulinierung - ist je Patient einmalig abrechenbar, - auf Überweisung	99318E	72,00 EUR *	77,00 EUR*
Diabetes mellitus Typ 2 in der Schwangerschaft	99318F	26,00 EUR **	21,00 EUR **
Komplikationsbehandlung von Ulzera	99318G	39,00 EUR	39,00 EUR

Mitbehandlung/Stoffwechseloptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den koord. Vertragsarzt nach § 3	99318H	20,00 EUR ***	20,00 EUR ***
Stoffwechseloptimierung ohne Vorliegen einer Überw. durch koord. Vertragsarzt nach § 3	99318L	20,00 EUR ****	20,00 EUR ****
Konsultationspauschale vor Krankenhauseinweisung	99318I	21,00 EUR	---
Erstvorstellung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis	99318K	52,00 EUR*	---

Die Abrechnung der Pauschalen nach Abs. 2 setzt die Behandlung des eingeschriebenen Versicherten in dem entsprechenden Quartal voraus.

Diese Leistungen sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, außer bei folgenden Ausnahmen:

* einmalig bei manifester Diagnose
** maximal in sechs Quartalen
*** einmal im Behandlungsfall, maximal viermal im Krankheitsfall
**** einmal im Behandlungsfall, maximal zweimal im Krankheitsfall

Folgende Leistungsziffern sind nicht nebeneinander abrechenbar:

99318A nicht neben 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
99318B nicht neben 99318A, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
99318D nicht neben 99318A, 99318B, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
99318E nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
99318H nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318I, 99318K, 99318L
99318L nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318I, 99318K, 99318H
99318I nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318K, 99318L
99318K nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318L

(4) Für die kontinuierliche Betreuung der eingeschriebenen Versicherten erhalten die koordinierenden Vertragsärzte nach § 3 dieses Vertrages eine Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 EUR pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr, wenn der Versicherte 4 Quartale lückenlos im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen durch diesen koordinierenden Vertragsarzt (ohne Arztwechsel) entsprechend des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen. Quartale mit einer DMP-Teilnahme von mindestens einem Tag gelten dabei als vollständige Quartale, sofern es sich um den Beginn bzw. das Ende einer längeren Einschreibung handelt (keine sog. 1-Tages-Fälle). Die Betreuungspauschale nach Satz 1 wird durch die Krankenkasse pro im DMP eingeschriebenen Versicherten und Betrachtungszeitraum nur max. einmal gezahlt. Eine gemeinsame, ggf. wechselseitige Betreuung des DMP-Versicherten in einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ ggf. an mehrere Betriebsstätten der BAG oder des MVZ, stellt dabei keinen Arztwechsel dar.

Wurden innerhalb eines Zeitraumes von 8 Quartalen mindestens 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten nach Satz 1 zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen, werden dem koordinierenden Vertragsarzt, der die vorangegangenen beiden Betreuungspauschalen nach Satz 1 für den jeweiligen Versicherten erhalten hat zusätzliche 10,00 EUR pro dokumentiertem Versicherten nachvergütet, sofern dieser Versicherte im Betrachtungszeitraum auch mind. einmal zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen und dies auch dokumentiert

wurde (entspricht Angabe im Dokumentationsbogen: Ophthalmologische Netzhautuntersuchung = veranlasst).

Diese Auswertungen erfolgen erstmalig ab dem Abrechnungsquartal 2019/3 (Stichtag für die Berechnung ist der 30.06. eines Jahres). Turnusmäßig erfolgt die Datenerhebung zum Augenbonus dann 2-jährig und dem folgend auch die mögliche Auszahlung des Bonus an die anspruchsberechtigten Vertragsärzte. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des jeweiligen Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken. Der koordinierende Vertragsarzt ist auch in den Fällen, in denen aus berufsrechtlichen Gründen keine Überweisung erforderlich ist, berechtigt, diese Fälle als „augenärztliche Untersuchung veranlasst“ zu dokumentieren.

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb und ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Datenstelle erhebt aus dem verarbeiteten Datenbestand gültige und plausible sowie fristgerechte Erst- und Folgedokumentationen je Versicherten für den jeweiligen Auszahlungszeitraum zur Weiterleitung an die KVS. Die Details der Datenlieferung werden zwischen der KVS und der Datenstelle gesondert vertraglich vereinbart. Die Auslieferung der vertraglich bestimmten Daten erfolgt zum Stichtag 1. Juli des jeweiligen Jahres. Die Auszahlung durch die KVS erfolgt auf der Grundlage der von der Datenstelle übermittelten Daten unter Beachtung der Regelung in Abs. 8.

Wenn durch Verschulden der Datenstelle eine Verzögerung beim Übersenden der Daten auftritt, bleibt der Anspruch der Vertragsärzte auf die Zahlung der Pauschale durch die Krankenkassen erhalten.

(5) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 „Patientenschulung“ geregelt. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (1 UE = 90 min) vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für Schulung	Abrechnungsnummer für genehmigte Nachschulung	Vergütung
Hypertonieschulung (ZI) je UE und Versicherten	99315A	99316A	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315A je Versicherten	99315S	---	9,00 EUR
Typ 2 Diabetiker ohne Insulin **(MEDIAS 2)** je UE und Versicherten	99315B	99316B	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315B/99316B je Versicherten	99315R	99316R	9,90 EUR
Typ 2 Diabetiker ohne Insulin **(ZI)** je UE und Versicherten	99315C	99316C	10,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315C/99316C je Versicherten	99315T	99316T	9,00 EUR
MEDIAS 2 (BOT+SIT+CT) je UE und Versicherten	99315M	99316M	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315M/99316M je Versicherten	99315Y	99316Y	9,90 EUR

Typ 2 Diabetiker mit Insulin **(ZI / MEDIAS 2)** je UE und Versicherten	99315E	99316E	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315E/99316E je Versicherten	99315U	99316U	9,00 EUR
Diabetes und Verhalten je UE und Versicherten	99315L	99316L	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315L/99316L je Versicherten	99315X	99316X	11,50 EUR
MEDIAS 2 ICT je UE und Versicherten	99315I	99316I	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315I je Versicherten	99315V	---	9,90 EUR
Ältere Typ 2 Diabetiker mit Insulin (**SGS** mit Insulin) je UE und Versicherten	99315N	99316N	13,00 EUR
Ältere Typ 2 Diabetiker ohne Insulin (**SGS** ohne Insulin) je UE und Versicherten	99315O	99316O	13,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nrn. 99315N/99316N und Nrn. 99315O/99316O je Versicherten	99315W	99316W	9,90 EUR
Hypoglykämie (HyPOS)-Schulung je UE und Versicherten (abrechenbar für Versicherte ab 18 Jahren und nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2	99315Q	---	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315Q je Versicherten	99315Z	---	2,00 EUR

Die diabetesspezifischen Schulungen / Abrechnungsziffern werden in Therapiestufen unterteilt:

1. **Therapiestufe - Schulungen ohne Insulin**

- 99315B, 99315C, 99315O als Grundschulung ohne vorherige Beantragung - sind gegenseitig innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) ausgeschlossen
- 99316B, 99316C, 99316O als Nachschulung entsprechend der vertraglichen Regelungen gemäß Anlage 13 (frühestens nach 2 Jahren auf Antrag)
- im Rahmen einer zu beantragenden Nachschulung ist ein Wechsel zwischen den Schulungsprogrammen innerhalb der 1. Therapiestufe möglich, wenn die Inhalte eines anderen Schulungsprogramms aus der 1. Therapiestufe besser den aktuellen Bedarf des Patienten abbilden (bspw. Grundschulung 99315C und in der Nachschulung 99316O wegen Altersfortschritt)

2. <u>Therapiestufe - Schulungen einfache Insulintherapie</u>

- 99315E, 99315L, 99315M, 99315N als Grundschulung ohne vorherige Beantragung - sind gegenseitig innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) ausgeschlossen
- 99316E, 99316L, 99316M, 99316N als Nachschulung entsprechend der vertraglichen Regelungen gemäß Anlage 13 (frühestens nach 2 Jahren auf Antrag)
- im Rahmen einer zu beantragenden Nachschulung ist ein Wechsel zwischen den Schulungsprogrammen innerhalb der 2. Therapiestufe möglich, wenn die Inhalte eines anderen Schulungsprogramms aus der 2. Therapiestufe besser den aktuellen Bedarf des Patienten abbilden
- 99315Q ist abrechenbar für Versicherte ab 18 Jahren und nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2

3. <u>Therapiestufe - Schulungen intensivierte Insulintherapie</u>

- 99315I als Grundschulung ohne vorherige Beantragung
- 99316I als Nachschulung entsprechend der vertraglichen Regelungen gemäß Anlage 13 (frühestens nach 2 Jahren auf Antrag)
- 99315Q ist abrechenbar für Versicherte ab 18 Jahren und nur als Ergänzung zu einem Basis-Schulungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2,

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien ändern, muss dieser angepasst werden.

Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.

Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind je Versicherten nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

Voraussetzung für die Vergütung der genannten Patientenschulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises entsprechend der Anlage 14 "Schulungsnachweis" nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Dieser wird nach der Prüfung und Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.

(6) Die augenärztliche Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) ist gemäß Anlage 7 dieses Vertrages für eingeschriebene DMP Diabetes mellitus Typ 2 Patienten vorgeschrieben. Diese Leistung kann somit von den Augenärzten für jeden eingeschriebenen und augenärztlich untersuchten Patienten innerhalb von 8 Quartalen einmal auf Überweisung abgerechnet werden. Für die Betreuung von Versicherten durch einen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb Medizinischer Versorgungszentren, fachübergreifender Gemeinschaftspraxen oder Praxen mit fachfremder Anstellung mit einem Augenarzt, ist keine Überweisung erforderlich. Die Höhe der Vergütung beträgt 10,00 EUR (Nummer 99319). In dieser Pauschale sind die Untersuchung beider Augen sowie der dazu gehörige ärztliche Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Augenarztes an den DMP-Arzt enthalten.

Wenn mindestens 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 24 Monaten in Anspruch genommen haben, wird je untersuchtem DMP-Patienten ein Bonus in Höhe von 2,00 EUR nachvergütet.

Die Vergütung der vorgenannten Leistung erfolgt außerhalb und ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung der Leistungen nach den GOP 06333, 01600 und 01601 EBM im Arzt-Patienten-Kontakt aus.

Die KVS ermittelt die Abrechnungshäufigkeit der Abrechnungsnummer 99319 insgesamt für den KV-Bereich Sachsen für 2 Kalenderjahre zum Stichtag 30.6. für die vorhergehenden 24 Monate.

Die Krankenkassen übermitteln der KVS die Anzahl der im KV-Bereich Sachsen in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten auf Basis der amtlichen Statistik KM7 zum Stichtag 01.07. des Jahres, welcher jeweils Beginn des auszuwertenden Zeitraums ist (erstmals 01.07.2017, dann 2-jährig). Die Meldung erfolgt an die KVS nach erfolgter Veröffentlichung der Statistik durch das BMG bis zum 15.10. des jeweiligen Jahres. Diese Auswertungen erfolgen erstmalig ab dem Abrechnungsquartal 2019/3 (Stichtag für die Berechnung ist der 30.06. eines Jahres). Turnusmäßig erfolgt die Datenerhebung zum Augenbonus für den Augenarzt dann 2-jährig und dem folgend auch die mögliche Auszahlung des Bonus an die anspruchsberechtigten Ärzte.

Die KVS ermittelt auf Basis der Abrechnungshäufigkeiten der Abrechnungsnummer 99319 und der Versichertenzahlen eine Quote der Inanspruchnahme der augenärztlichen Untersuchung bei den sächsischen Augenärzten. Die KVS informiert die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR über die ermittelten Werte und die daraus errechnete Quote. Die Auszahlung der Boni erfolgt entsprechend der o. g. Quote.

(7) Die KVS stellt die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert heraus. Die jeweilige Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVS einen Nachweis im Rahmen des Formblatts 3 über die abgerechneten Leistungen, gegliedert bis zur Ebene 6.

(8) Die Betreuungspauschalen und die Augenarztpauschale für den koordinierenden Arzt werden von der KVS im Formblatt 3, als Vorgang im Konto 404, bei Änderung des Kontenrahmens und/oder der Formblatt 3-Richtlinie im jeweils zutreffenden Konto, ausgewiesen. Die Krankenkassen erhalten vorab über den Log-In Bereich der KVS als rechnungsbegründende Unterlage die versichertenbezogene Aufstellung in elektronischer Form.

Die Krankenkassen haben innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Daten nach Satz 2 die Möglichkeit zur Richtigstellung der versichertenbezogenen Aufstellung gegenüber der KVS. Die Berichtigung durch die Krankenkasse erfolgt unter Angabe einer Begründung anhand der durch die KVS zur Verfügung gestellten Daten in elektronischer Form, im csv-Format. Über das genaue Datenformat verständigen sich die KVS und die LVSK gesondert.

Die Krankenkassenverbände werden von der KVS über den Fristbeginn, z. B. per E-Mail, in Kenntnis gesetzt. Die von der KVS im Log-In-Bereich bereitgestellte, ggf. von den Krankenkassen korrigierte Liste ist Gegenstand der Abrechnung der KVS und des Ausweises im Formblatt 3 Satz 1 im nächst erreichbaren Quartal.

Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung im Rahmen von gesamtvertraglichen Regelungen werden von dieser Regelung nicht berührt.

(9) Soweit Vergütungen dieses Vertrags durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

(1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.

(2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patientinnen bzw. Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.

§ 37
Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

(1) Die KVS liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen - spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte - die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse.

(2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 38
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 in Kraft und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

(4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP, bei Wegfall oder Änderung einer Richtlinie des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass das Sonderkündigungsrecht bis zu zwei Quartale nach Inkrafttreten einer etwaigen Regelung, die den Wegfall oder die Änderung der RSA-Anbindung zum Inhalt hat oder nach Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung, ausgeübt werden kann.

§ 39
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.

§ 40
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 am 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, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Übersicht Anlagen

Anlage 1	**Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt**
Anlage 2	**Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor**
Anlage 3	**Mit- und Weiterbehandlung**
Anlage 4	**Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
Anlage 5	**unbesetzt**
Anlage 6	**Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär**
Anlage 7	**Versorgungsinhalte**
Anlage 8	**Qualitätssicherung**
Anlage 9	**Patientenmerkblatt (indikationsübergreifend)**
Anlage 10	**Datenschutzinformation**
Anlage 11	**Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (indikationsübergreifend)**
Anlage 12	**Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL**
Anlage 13	**Patientenschulung**
Anlage 14	**Schulungsnachweis**

Dresden, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dresden, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Dresden, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen
Dresden, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	IKK classic
Chemnitz, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz
Kassel, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Dresden, 07.09.2023	*gez.*
Ort, Datum	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen