

V E R T R A G

über

**eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2
gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom
24.03.2003 in der Fassung vom 15.09.2023**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „KVT“ genannt)

und

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

dem BKK Landesverband Mitte,
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

der IKK classic,

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
(SVLFG),
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,**

**der KNAPPSCHAFT,
– Regionaldirektion Frankfurt/Main –,**

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen:

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen**

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II a – Teilnahme der Vertragsärzte

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes
- erste Versorgungsebene -
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Vertragsarztes/der
Einrichtung - zweite Versorgungsebene -
- § 5 Teilnahmeverfahren
- § 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 7 Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und stationäre Einrichtungen

Abschnitt II b – Teilnahme stationärer Einrichtungen

- § 8 Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das DMP Dm 2

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele
- § 12 Durchführung der Qualitätssicherung
- § 13 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI – Schulung

- § 20 Vertragsärzte
- § 21 Versicherte

Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen

- § 22 Erst- und Folgedokumentation
- § 23 Datenverwendung und -zugang
- § 24 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

- § 26 Allgemeine Datenflussregelung
- § 27 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 28 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle

- § 29 Datenstelle
- § 30 Datenflüsse über die Datenstelle
- § 31 Datennutzung durch die Krankenkassen

Abschnitt X – Evaluation

- § 32 Evaluation

Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung

- § 33 Abrechnung und Vergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 34 Datenlieferung durch die KVT
- § 35 Haftung
- § 36 Laufzeit und Kündigung
- § 37 Schriftform
- § 38 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt
- Anlage 2a Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt
- Anlage 2b Strukturqualität stationäre Einrichtungen
- Anlage 3 Strukturanforderungen bei Überweisungen (Anlage 6, Nummer 1.8.2)
- Anlage 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 4a Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 5a Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2 (ambulant)
- Anlage 5b Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2 (ambulant – Veröffentlichung)
- Anlage 5c Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2 (stationär)
- Anlage 5d Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 6 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Dm 2
- Anlage 7 Qualitätssicherung
- Anlage 8 Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit Information zum Datenschutz sowie indikationsübergreifender Patienteninformation („Teilnahme- und Einwilligungserklärung – TE/EWE“)
- Anlage 9 Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen
- Anlage 10 Patientenschulungen

Erläuterungen

„Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„ARGE“ ist die Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen i. S. d. § 27.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 29.

„DDG“ ist die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V.

„Diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte i. S. d. § 4.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm – strukturiertes Behandlungsprogramm.

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

„Dm 2“ ist der Diabetes mellitus Typ 2.

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlage 9).

„DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

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

„GE“ ist die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen i. S. d. § 28.

„Koordinierende Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte i. S. d. § 3.

„Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 8.

„KVT“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen.

„LÄK“ ist eine Landesärztekammer.

„Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) i. S. d. § 3 und die diabetologisch qualifizierten Vertragsärzte i. S. d. § 4, die Krankenhäuser sowie die Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 8 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; aus dem Kontext kann sich eine Einschränkung auf Leistungserbringer gemäß den §§ 3 und 4 bzw. nur aus § 3 ergeben.

„Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL Nummer 1.8.1 und/oder 1.8.2 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.

„Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 8.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

TE/EWE ist die „Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE)“ ist die Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit Information zum Datenschutz sowie indikationsübergreifender Patienteninformation.

Änderungsvertrag vom 15.09.2023 zum DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 für den KV-Bereich Thüringen

„Vertragsregion“ ist entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 1 der Geltungsbereich der KVT.

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

Präambel

Der Vertrag zur Umsetzung eines strukturierten Behandlungsprogramms über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 wird mit Wirkung zum 01.10.2023 wie folgt neu gefasst:

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen, verbessert werden. Daher haben die beteiligten Krankenkassen und die KVT folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 i. V. m. § 137f SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Dm 2 geschlossen.

Der Diabetes mellitus Typ 2 und die damit im Zusammenhang stehenden Stoffwechselstörungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer empfindlichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen.

Durch die Behandlung von Patienten mit Dm 2 in einem DMP erwarten die Vertragspartner eine optimierte medizinische Versorgung dieser Patienten. In diesem Zusammenhang wird die Einbeziehung der Hausärzte und der weiterversorgenden Schwerpunkteinrichtungen sowie von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durch die Beschreibung von Versorgungsaufträgen konkret nachvollziehbar dargestellt. Insbesondere soll mit diesem Vertrag eine transparente, leitlinienbasierte, qualitätsgesicherte Betreuung von Menschen mit Dm 2 und Steuerung der Behandlungsabläufe durch die beteiligten Vertragsärzte bewirkt werden. Zu diesem Zweck bilden Versorgungsinhalte und evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung von Dm 2 die Grundlage für eine nach Versorgungsebenen sinnvoll abgestufte und therapeutisch rationale Behandlung der Patienten.

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass durch dieses DMP die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Arzt nicht beeinträchtigt wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfindet. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des DMP sowie die Qualitätssicherung im DMP soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen wird auf das notwendige Maß begrenzt.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages ist die Weiterentwicklung der in Thüringen gewachsenen integrierten Versorgungsstrukturen für Patienten mit Dm 2 durch strukturierte Kooperation zwischen den Leistungserbringern und den beteiligten Krankenkassen und durch Koordination der Behandlung der Versicherten sowie die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und kostengünstigen Versorgung von Typ 2-Diabetikern in Thüringen.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und über eine adäquate Stoffwechselkontrolle hinaus die in Abs. 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV¹ und der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 1 in der jeweils gültigen Fassung 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 Hypoglykämien²) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.
- (4) Die Versorgung der Versicherten im DMP erfolgt auf mehreren, durch Kooperationsregeln eng miteinander verbundenen Versorgungsebenen. Die Koordination der Behandlung sowie die medizinisch-hausärztliche Behandlung erfolgt auf der ersten Versorgungsebene. Eine darüber hinausgehende notwendige, diabetologisch qualifizierte ambulante Behandlung erfolgt auf der zweiten Versorgungsebene. Eine Krankenhausbehandlung und/oder Rehabilitationsbehandlung erfolgt nach den im DMP genannten Kriterien.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
 1. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c, 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V im Bereich der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.

¹ Soweit die in den §§ 24 und 25 RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.

² Eine schwere Hypoglykämie ist dadurch definiert, dass Fremdhilfe erforderlich ist.

2. Ärzte, die bei den in Nr. 1 genannten Leistungserbringern gemäß § 95 Abs. 2 oder Abs. 9 SGB V angestellt sind, sofern diese angestellten Ärzte Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen und für sie nach Maßgabe des Abschnitts II diese Leistungserbringung erklärt wurde.
3. die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KVT, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
4. die Behandlung von Versicherten der BKKn (die ihre Teilnahme am DMP erklärt haben), die einen nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmenden Vertragsarzt in Thüringen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des DMP erfolgt durch die jeweilige BKK.
5. die Behandlung von Versicherten aller AOKn im Bundesgebiet. Die Bevollmächtigung der AOK PLUS durch die anderen AOKn wurde für alle DMP-Verträge erteilt.
6. außerthüringische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der KVT und der IKK classic erklären und die Vergütung gemäß § 34 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder Vorschriften gelten.

Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie dies gegenüber den Vertragspartnern erklären und sie die vereinbarten Vergütungen nach § 34 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Grundlage dieses Vertrages nach § 83 SGB V sind die §§ 137f und 137g SGB V in Verbindung mit den Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 36.

Abschnitt II a

Teilnahme der Vertragsärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes - erste Versorgungsebene -

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor als koordinierender Vertragsarzt sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturanforderungen nach **Anlage 1** („Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen:
 1. zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ/Einrichtungen,
 2. Vertragsärzte und zugelassene MVZ/Einrichtungen, die gemäß § 73 SGB V an der fachärztlichen Versorgung und bereits aktiv als diabetologisch qualifizierte Vertragsärzte (Diabetologische Schwerpunktpraxen) an diesem DMP teilnehmen. Die Teilnahme dieser Vertragsärzte – als koordinierende Vertragsärzte – gilt in Ausnahmefällen, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von dem Vertragsarzt/der Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Als dauerhafte Betreuung wird ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten verstanden. Der Antrag ist bei der KVT gemäß **Anlage 4** (Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung) zu stellen und wird bestätigt, wenn die Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind.

Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

- (3) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt, der Leiter der Einrichtung oder der anstellende Vertragsarzt gegenüber der KVT zu Beginn der Teilnahme nachweisen. 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.
- (4) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ/die anstellende Einrichtung die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ/der Einrichtung unverzüglich mit Hilfe des der Anlage 4 beigefügten Formulars (**Anlage 4a** „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) mitgeteilt.
- (6) Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes sind insbesondere:
 1. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die Erhebung der Daten von Erst- und Folgedokumentationen gemäß § 22,
 2. Übermittlung der TE/EWE der Versicherten sowie die Daten der Erst- und Folgedokumentationen nach dem Abschnitt IX,
 3. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 4. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Vertragsärzte unter Beachtung der nach § 9 in Verbindung mit **Anlage 6** geregelten Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln,
 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 § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT nachgewiesen ist,
 7. die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte entsprechend **Anlage 3** sowie Nummer 1.8.2 der Anlage 6; im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 8. bei Überweisung an andere Vertragsärzte:
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln,
 - von anderen Vertragsärzten therapierelevante Informationen einzufordern und zu dokumentieren,
 9. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3. der Anlage 6 genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend **Anlage 2b** vorzunehmen. Im Falle stationärer Behandlungsbedürftigkeit kann eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur, in ein gemäß § 8 in das DMP vertraglich eingebundenes Krankenhaus erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer bedrohlichen Stoffwechsellage oder einer anderen Notfallindikation kann unmittelbar in jedes Krankenhaus erfolgen.
 10. um die Qualität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen, soll vor einer stationären Einweisung, die nicht aufgrund einer bedrohlichen Stoffwechsellage oder einer anderen Notfallindikation erfolgt, ggf. Rücksprache mit einem diabetologisch qualifizierten Vertragsarzt gehalten werden.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1. bis 10. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten
Vertragsarztes/der Einrichtung
- zweite Versorgungsebene -

- (1) Die Teilnahme des diabetologisch qualifizierten Vertragsarztes an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind die durch die KVT anerkannten diabetologischen Schwerpunktpraxen, welche die Strukturanforderungen nach **Anlage 2a** („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt“) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ/der anstellenden Einrichtung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (5) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ/die anstellende Einrichtung die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ/Einrichtung mit Hilfe des der Anlage 4 beigefügten Formulars (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich mitgeteilt.
- (6) Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Vertragsarztes sind insbesondere:
 1. die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln,
 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 § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte entsprechend Anlage 3 sowie Nummer 1.8.2 der Anlage 6; im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 5. bei Überweisung an andere Vertragsärzte
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von anderen Vertragsärzten therapierelevante Informationen einzufordern,
 6. die Übermittlung therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation an den koordinierenden Vertragsarzt alle 3 Monate,
 7. die Rücküberweisung an den koordinierenden Vertragsarzt in der Regel nach maximal 9 Monaten, damit die koordinierende Funktion gewährleistet bleibt und die Qualität und Effizienz der hausärztlichen Versorgung sichergestellt ist,
 8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3. der Anlage 6 genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend Anlage 2b vorzunehmen. Im Falle stationärer Behandlungsbedürftigkeit kann eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen

und der regionalen Versorgungsstruktur, in ein gemäß § 8 in das DMP vertraglich eingebundenes Krankenhaus erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer bedrohlichen Stoffwechsellentgleisung oder einer anderen Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1. bis 8. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 5 Teilnahmeverfahren

- (1) Der Vertragsarzt oder das zugelassene MVZ/die zugelassene Einrichtung kann an diesem Vertrag teilnehmen, wenn die Teilnahme mittels Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 4) schriftlich gegenüber der KVT erklärt wurde. Dieser Erklärung sind die erforderlichen Nachweise über die Erfüllung der genannten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen. Mit der Unterschrift auf dieser Erklärung wird der ohne Vollmacht in Vertretung für den Vertragsarzt bzw. das MVZ/die Einrichtung mit der Datenstelle geschlossene Vertrag durch diese(n)/dieses genehmigt.
- (2) Die KVT prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturanforderungen der Anlage 1 und/oder Anlage 2 und bestätigt die Teilnahme.
- (3) Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. MVZ/der Einrichtung am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ/der anstellenden Einrichtung neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ/der anstellenden Einrichtung auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem der Anlage 4 beigefügten Formular (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich nachzuweisen.
- (4) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

§ 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. des MVZ/der Einrichtung beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.
- (2) Die Teilnahme kann seitens des Vertragsarztes bzw. des MVZ/der Einrichtung schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende des Kalendervierteljahres gegenüber der KVT beendet werden.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet darüber hinaus:
 1. mit dem Ende dieses Vertrages,
 2. mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
 3. mit dem Ausschluss des Vertragsarztes gemäß § 13 wegen Vertragspflichtverletzung,
 4. mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes,
 5. mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.

Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag ruht für die Dauer des im Bescheid des Zulassungsausschuss angegebenen Zeitraumes.

- (4) Die KVT informiert die beteiligten Vertragspartner in den Fällen der Absätze 2 und 3 Nr. 4 unverzüglich über das Ende der Teilnahme. Die Krankenkasse kann die von einer Beendigung betroffenen Versicherten auf andere, nach diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte aufmerksam machen.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem der Anlage 4 beigefügten Formular (Anlage 4a "Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung").
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ bzw. Anlage 2a „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Vertragsarzt“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt.

§ 7

Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und stationäre Einrichtungen

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte und MVZ/Einrichtungen nach den §§ 3 und 4 führt die KVT ein Verzeichnis (**Anlagen 5a und 5b**). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und MVZ/Einrichtungen angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP Dm 2 erbringen. Die KVT stellt das Verzeichnis gemäß **Anlage 5d** den Vertragspartnern wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.

Das „Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2“ wird außerdem bei Bedarf:

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten sowie angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,
2. den am DMP Dm 2 teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
3. den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
4. der Datenstelle gemäß §§ 29 und 30 zur Erfüllung ihrer Aufgaben

zur Verfügung gestellt.

- (2) Das „Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2“ wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer,
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
 - Berechtigungen.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Abs. 1 kann mit Zustimmung aller Vertragspartner unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange veröffentlicht werden.

- (4) Das BAS erhält alle 5 Jahre (und auf Anforderung) ein „Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Dm 2“ entsprechend Anlage 5a in aktualisierter Form. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 8 teilnehmenden stationären Einrichtungen (**Anlage 5c**). Die Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis dem BAS auf Anforderung zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem der KVT zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte einmal jährlich bzw. bei Änderungen zur Verfügung gestellt.

Abschnitt II b

Teilnahme stationärer Einrichtungen

§ 8

Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen

Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen können für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Dm 2 vertraglich eingebunden werden. Die teilnehmenden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet nachzuweisen, dass bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität (u. a. gemäß Anlage 2b „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“) zu Beginn der Teilnahme und fortlaufend erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patienten u. a. die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig und ist in gesonderten Verträgen geregelt.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP Dm 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in Anlage 6 niedergelegt. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen der Anlage 1 der DMP-A-RL. Die 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 über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Aktualisierung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen verpflichten sich die Vertragsärzte, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Vertragsärzte werden von der KVT über Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlungen informiert.
- (3) Während der Laufzeit dieses Vertrages werden die Vertragspartner – im Rahmen ihres gesetzlichen Handlungsspielraums auf der Grundlage der jeweils aktuell gültigen RSAV sowie der DMP-A-RL – aktualisierte evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung des Dm 2 in dieses DMP zeitnah einarbeiten.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage 6 "Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Dm 2" nach

Abs. 1 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt ebenfalls, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Dm 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen laut Anlagen 1 und 2 und die in der **Anlage 7** genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere:

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

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele

- (1) Zur Erreichung der in § 10 festgelegten Qualitätsziele dienen sowohl Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten, die von der GE durchgeführt werden, als auch strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen, deren Verlaufsdocumentation auch Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält. Insbesondere sollen folgende Maßnahmen auf der Grundlage der Datensätze eingesetzt werden:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Vertragsärzte,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die koordinierenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte entsprechend §§ 3 und 4 und der eingeschriebenen Versicherten.

Das Nähere ist in Anlage 7 geregelt.

- (2) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten sowie deren Beratung und Information entsprechend Anlage 7 werden die Krankenkassen nicht in die medizinischen, therapeutischen und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses eingreifen. Die Einzelheiten zur Sicherstellung dieser Verpflichtung sind in § 31 geregelt.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 7 fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach den Anlagen 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen.

§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung

- (1) Die Krankenkassen
 1. führen die in Anlage 7 vereinbarten Maßnahmen unter Beachtung von § 31 im Krankenkassen-Versicherten-Verhältnis durch,
 2. übernehmen die Sicherstellung der systematischen und aktuellen Information der eingeschriebenen Versicherten unter Beachtung von § 31.
- (2) Die GE nach § 28 übernimmt die
 1. in Anlage 7 vereinbarten Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten,
 2. Sicherstellung einer systematischen und aktuellen, ggf. auch im Einzelfall anlassbezogenen Information der Vertragsärzte.
- (3) Darüber hinaus übernimmt die KVT aufgrund des Datensatzes der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL originär die weitergehende Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und entscheidet eigenverantwortlich über die Art und Weise und den Umfang.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern – in der Regel einmal jährlich – zu veröffentlichen.

§ 13 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit diesem Vertrag zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zur Durchführung dieses DMP.
- (2) Die Krankenkassen verpflichten sich insbesondere, die gesetzlich angeordneten Beendigungstatbestände des § 24 Abs. 2 RSAV i. V. m. § 17 zu beachten.
- (3) Beachtet ein Vertragsarzt – entgegen seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung – die Verpflichtungen nach diesem Vertrag nicht, löst dies folgende Maßnahmen aus:
 1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bei bereits erfolgter Vergütung,
 2. bei wiederholtem nachweislichen Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen kann er auf begründeten Antrag eines Vertragspartners von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVT im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 bzw. die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL erfüllt sind. Der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 soll prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die gemäß Nummer 1.3.1 der Anlage 6 genannten Therapieziele, von der Einschreibung profitiert und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten ist:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Nummer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten gemäß **Anlage 8**,
2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der TE/EWE des Versicherten,
3. die umfassende, auch schriftliche oder elektronische Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden und von ihm im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seiner Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme zur Folge hat,
4. die schriftliche Information des Versicherten, dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.

Die Versicherten bestätigen mit ihrer TE/EWE, dass sie im Einzelnen:

- die Programm- und Versorgungsziele kennen,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
- über die mit ihrer Teilnahme am DMP verbundenen Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeiten einer Übermittlung von Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des DMP und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden.

- (2) Patientinnen mit Gestationsdiabetes werden nicht in dieses DMP 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 Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Dm 1 ist nicht möglich.
- (5) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen möchten, sollen sich dafür entscheiden, nur einen DMP-koordinierenden Vertragsarzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Dies gilt auch bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Mit der Einschreibung in ein DMP wählt der Versicherte einen Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur und erst wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt am Vertrag teilnimmt und die Einschreibungsunterlagen an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX weitergeleitet hat. Die Krankenkasse des Versicherten wirkt darauf hin, dass der Versicherte durch einen Vertragsarzt der ersten Versorgungsebene betreut wird.
- (2) Die Krankenkassen informieren zur Unterstützung der Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation

gemäß Anlage 8 umfassend über Ziele und Inhalte dieses DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung der Daten.

- (3) Koordinierende Vertragsärzte gemäß § 3 können ihre nach § 14 teilnahmeberechtigten Patienten gleichfalls gemäß § 3 Abs. 1 DMP-A-RL informieren. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 und § 16 bei dem Vertragsarzt einschreiben. Dazu ist ebenfalls die Anlage 8 i. V. m. **Anlage 9** zu verwenden. Nach Einschreibung hat der Vertragsarzt die Einschreibeunterlagen vollständig innerhalb der Frist gemäß Abschnitt IX an die Datenstelle gemäß § 30 zu übermitteln.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der TE/EWE folgende Voraussetzungen notwendig:
 1. die vollständigen Dokumentationsdaten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
 2. auf der TE/EWE für Versicherte die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Vertragsarzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse für das DMP anmelden. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE nach § 16 von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten koordinierenden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und entsprechend Abschnitt IX übermittelt werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 oder 5 der Krankenkasse des Versicherten vorliegen, bestätigt sie sowohl dem Versicherten als auch dem gewählten Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel innerhalb der beteiligten Krankenkassen vornimmt, sind die Einschreibeunterlagen nach §§ 15 Abs. 3 und 16 für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- (1) Nach umfassender Information über dieses DMP entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL und § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der TE/EWE gemäß Anlage 8 zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt – vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse des Versicherten gemäß § 15 Abs. 6 – mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung jederzeit schriftlich, elektronisch oder mündlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei seiner Krankenkasse oder mit dem Tag der mündlichen Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei seiner Krankenkasse.

- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin:
1. mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 RSAV,
 3. bei Vorliegen einer der in § 24 Abs. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum),
 4. bei Wegfall der Einschreibungsvoraussetzungen gemäß § 14.
- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse des Versicherten informiert sowohl den Versicherten als auch den gewählten koordinierenden Vertragsarzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 18

Wechsel des Vertragsarztes der ersten Versorgungsebene

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen gewählten koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb der Vertragsregion zu wechseln.
- (2) Der neugewählte koordinierende Vertragsarzt in der Vertragsregion übersendet an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX die Daten der Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (3) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines gewählten koordinierenden Vertragsarztes aus diesem Vertrag.
- (4) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist mit Einwilligung des Versicherten verpflichtet, die bisherigen Dokumentationsdaten des Versicherten an den neu gewählten Vertragsarzt zu übermitteln.

§ 19

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVT bei Bedarf in elektronisch geeigneter Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß diesem Abschnitt eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI Schulung

§ 20

Vertragsärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die gemäß §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte umfassend über die Ziele und Inhalte dieses DMP, insbesondere über die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen. Die Vertragspartner veröffentlichen Änderungen, bei Änderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL, in einer für die teilnehmenden Vertragsärzte geeigneten Form (z. B. über einen Newsletter/ein Rundschreiben und/oder auf der Internetseite der KVT).

- (2) Zur Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele sollen Fortbildungen der teilnehmenden Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 sowie der angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen, erfolgen. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die in Bezug auf die Strukturqualität nach den Anlagen 1 und 2a geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVT von den leistungserbringenden Vertragsärzten dieses DMP nachzuweisen.

§ 21 Versicherte

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten insbesondere gemäß Anlage 8, bestehend aus der Patienteninformation, der Datenschutzzinformation und der TE/EWE, umfassend über Ziele und Inhalte dieses DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsinhalte transparent dargestellt. Der Versicherte erhält auf Nachfrage Auskunft über die koordinierenden bzw. diabetologisch qualifizierten Vertragsärzte.
- (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 der Befähigung zu angemessenen Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (3) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in **Anlage 10** beschriebenen Schulungsprogramme genutzt. Es werden nur die Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage durchgeführt.

Abschnitt VII Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

- (1) Der Dokumentationsumfang richtet sich nach Anlage 2 i. V. m. mit Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (3) Der gewählte koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise bzw. jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 23

Datenverwendung und -zugang

- (1) Die Datensätze der Dokumentationen 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 Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die Vertragspartner haben zur Spezifizierung der Datennutzung in § 31 Grundsätze der Datennutzung vereinbart, die verpflichtend sind.
- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX und die ARGE übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die GE und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 24

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, 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. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

§ 25

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die koordinierenden Vertragsärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

Abschnitt VIII

Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

§ 26

Allgemeine Datenflussregelung

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die von den koordinierenden Vertragsärzten gemäß § 22 erhobenen Datensätze gemäß § 25 Abs. 1 RSAV den Vertragspartnern zugeleitet werden.

§ 27

Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

- (1) Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine ARGE nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die ARGE hat entsprechend § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c) RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und an die KVT und die von den Mitgliedern der ARGE gebildete GE nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die ARGE beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 28

Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Mitglieder der ARGE haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine GE im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c) RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Der GE obliegt die Aufgabe – auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten – die Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Aufgaben des § 12 (die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL, die Durchführung des ärztlichen Feedbacks aufgrund der Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL),
 2. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
 3. die Unterbreitung von Empfehlungen an die Vertragspartner für die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
 4. die Auswertung der Dokumentationsdaten und der Berichte der Krankenkassen, die im Rahmen deren Aufgabenzuweisung nach § 12 zu erstellen sind.
- (3) Die GE kann unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 2 Nummer 2 genannten Aufgabe beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgabe kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt IX

Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle

§ 29 Datenstelle

- (1) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Daten gemäß der RSAV und der DMP-A-RL.
- (2) Die beteiligten Krankenkassen und die ARGE nach § 27 beauftragen die Datenstelle entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten mit nachstehenden Aufgaben:
 1. die Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 2. die Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 3. die Archivierung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL gemäß § 24,
 4. die Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, verbunden mit der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 5. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 RSAV,
 6. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten,
 7. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT,
 8. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE nach § 28,
 9. die Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der TE/EWE des Versicherten an seine Krankenkasse und
 10. die quartalsbezogene Weiterleitung eines reduzierten Datensatzes für Abrechnungszwecke an die KVT; bestehend aus den administrativen Daten für die von der Datenstelle weitergeleiteten vollständigen Erst- und Folgedokumentationen, jeweils bis zum 15. des 1. Monats des Folgequartals. Das Nähere regeln die Krankenkassen und die ARGE mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.
- (3) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vertretungsmacht geschlossenen Vertrages zwischen den Vertragspartnern und der ARGE nach § 25 RSAV mit der Datenstelle.

Darin beauftragt er die Datenstelle:

1. die von ihm erstellte Dokumentation gemäß § 22 auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
2. die Daten entsprechend § 25 RSAV weiterzuleiten.

§ 30 Datenflüsse über die Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt:

1. die vollständige Erstdokumentation der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL nach § 22 und
2. die vollständige Folgedokumentation der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL nach § 22

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 innerhalb von 10 Kalendertagen nach Erstellung der Dokumentation an die Datenstelle (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Der Vertragsarzt hat vor der Versendung von Dokumentationsdaten sicherzustellen, dass eine unterschriebene TE/EWE des Versicherten vorliegt. Zudem verpflichtet er sich dazu, die von ihm erstellte und von ihm und dem Versicherten unterschriebene TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Kalendertagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.

Dabei vergibt der koordinierende Vertragsarzt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ bis „9“) bestehen darf. Diese darf jeweils nur einmal vergeben werden. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der Vertragsarzt auf Anforderung das Arztexemplar der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

- (2) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 29 übermittelt die Datenstelle die Ergebnisse des Datenverarbeitungsprozesses wie folgt:
 1. bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die TE/EWE des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen,
 2. bei der Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen,
 3. bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt nach § 3 die Folgedokumentation,
 4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE,
 5. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT.

§ 31

Datennutzung durch die Krankenkassen

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch dieses DMP das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gestört werden soll. Die beteiligten Krankenkassen stellen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden. Daher verpflichten sich die Krankenkassen zu einer maßvollen Datennutzung.
- (2) Die an die Krankenkasse weitergeleiteten Datensätze sollen im Verhältnis zu ihren Versicherten nach den folgenden Grundsätzen genutzt werden:
 1. Das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient bleibt durch dieses DMP unberührt.
 2. Die ärztliche Behandlungsfreiheit wird durch dieses DMP nicht eingeschränkt.
 3. Alle im DMP erhobenen Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieses DMP verwendet.
 4. Die Optimierung der Patientenversorgung bleibt das gemeinsame Ziel von Vertragsärzten und Krankenkassen im Rahmen dieses DMP.

5. Die Dokumentationsdaten werden nur dazu genutzt, ihre Versicherten entsprechend der Anlage 7 anlassbezogen und individuell zu informieren und persönlich zu beraten.
 6. Weitere Informationen an Versicherte können nur im Zusammenhang mit einer vertraglich vereinbarten Krankenkassen-Intervention gemäß Anlage 7 erfolgen. Dabei sollen die allgemeinen Informationen vorab der KVT von den Krankenkassen hinsichtlich Informationsart, -form und -zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus gehende Maßnahmen erfolgen erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt.
 7. Es erfolgt keine darüber hinaus gehende Steuerung des Krankheitsfalls durch die Krankenkasse des Versicherten. Dies bleibt allein in der Verantwortung der behandelnden Vertragsärzte.
 8. Wenn sich der Versicherte direkt an seine Krankenkasse wendet, wird er beraten.
- (3) Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der GE.

Abschnitt X Evaluation

§ 32 Evaluation

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

Abschnitt XI Abrechnung und Vergütung

§ 33 Abrechnung und Vergütung

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Krankenkasse trägt die Vergütung für Leistungen an Patienten, die sich gegenüber dem Vertragsarzt als anspruchsberechtigte Versicherte der Krankenkasse ausweisen.

Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 34 Datenlieferung durch die KVT

Die Datenübermittlungen gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgen gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 35 Haftung

Eine Haftung der KVT für etwaige, den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen, soweit die Datenlieferungen der KVT vollständig und fristgerecht erfolgten und sie die Nachteile daher nicht zu vertreten hat.

§ 36 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 15.12.2020 und tritt zum 01.10.2023 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bei Kündigung des Vertrages durch eine Krankenkasse bleibt dieser Vertrag für die übrigen Vertragspartner bestehen.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, DMP-A-RL sowie aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Kalendervierteljahr gekündigt werden.

§ 37 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 38 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an diesem 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. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

gez. Dr. med. Annette Rommel
1. Vorsitzende des Vorstandes der
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.

gez. BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten
und Gartenbau (SVLFG), als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt/Main

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