Vertrag

zur Durchführung des
Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V

Diabetes mellitus Typ 1

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 20173 Hannover
zugleich für die Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

der IKK gesund plus
Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen
Martinistr. 34, 28195 Bremen

im Folgenden „Krankenkassen**/-verbände**“

und der

Kassenärztlicher Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen
im Folgenden „KVHB“

Inhaltsverzeichnis:

Erläuterungen 4

Übersicht der Anlagen 6

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich 7

§ 1 Ziele des Vertrages 7

§ 2 Geltungsbereich 8

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer 9

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt) 9

§ 4 Teilnahmeerklärung 11

§ 5 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen 11

§ 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme 11

§ 7 Leistungserbringerverzeichnis 12

Abschnitt III - Versorgungsinhalte 13

§ 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 13

Abschnitt IV - Qualitätssicherung 13

§ 9 Grundlagen und Ziele 13

§ 10 Maßnahmen und Indikatoren 14

§ 11 Durchführung der Qualitätssicherung 14

§ 12 Vertragsmaßnahmen 15

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten 16

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen 16

§ 14 Information und Einschreibung 17

§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme 18

§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes 18

Abschnitt VI – Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Schulungen 18

§ 17 Fortbildung- und Weiterbildung 18

§ 18 Information und Schulung der Versicherten 19

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung / Gemeinsame Datenstelle 20

§ 19 Arbeitsgemeinschaft 20

§ 20 Gemeinsame Einrichtung 20

§ 21 Gemeinsame Datenstelle 20

§ 22 Datenfluss zur Datenstelle 20

§ 23 Datenzugang 21
§ 24 Datenaufbewahrung und -löschung 21
Abschnitt VIII – Evaluation 21
§ 25 Evaluation 21
Abschnitt IX - Vergütung und Abrechnung 21
§ 26 Vergütung der Vertragsärztlichen Leistungen 21
Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen 22
§ 27 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen 22
§ 28 Laufzeit und Kündigung 22
§ 29 Schriftform 23
§ 30 Salvatorische Klausel 23

Erläuterungen

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

  „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 19 i.V.m. § 25 Abs. 2 Satz 1 Nummer 1 RSAV.

- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, sowie bei diesen angestellte Ärzte bzw. Ärztinnen, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „Datenverarbeitung“ bezeichnet im Sinne des Art. 4 EU-DSGVO jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm bzw. strukturierte Behandlungsprogramm
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „Dokumentationsdaten sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „EU-DSGVO“ ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 20.
- „Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

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

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

Der Vertrag bezieht sich somit auf die aktuell gültige Fassung der DMP-A-RL inklusive ihrer Anlagen. Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation) und Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ I und II – Dokumentation) der DMP-A-RL werden in der aktuell gültigen Fassung verwendet. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Übersicht der Anlagen

Anlage 1 Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor (Diabetologisch qualifizierter Arzt)

Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für Ärzte nach § 3 (Hausarzt)

Anlage 3 Strukturvoraussetzungen koordinierender Versorgungssektor für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen

Anlage 4 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation

Anlage 6 Qualitätssicherung

Anlage 7 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

(1) Mit dem DMP Diabetes mellitus Typ I soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ I gewährleistet werden. Die Vertragspartner wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ I in der Region der KVHB hin. Durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf soll die Qualität der Langzeitversorgung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ I gesichert und verbessert werden.

(2) Generelles Ziel ist die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.

(3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Nummer 1.3.1 der Anlage 7 DMP-A-RL streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung von Neuropathien beziehungsweise. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoathropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hyopglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).

(4) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen gemäß Nummer 1.6.1 der Anlage 7 DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:

- Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
- altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
- möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seiner Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

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

(2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten.

(3) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1, 3. Spiegelstrich sowie des Abs. 2 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(4) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV sowie insbesondere die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich auf Grund nachfolgender gesetzlicher Änderungen oder auf Grund von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitraum zu erfolgen.

(5) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 8 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ I auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(6) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

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

(1) Die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem DMP ist freiwillig.

(2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor (Versorgungsebene 1) sind Ärzte, , die die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen nach **Anlage 1** oder **Anlage 3** – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

(3) In Einzelfällen kann als koordinierender Arzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, sofern er die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen nach **Anlage 2** – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt. Diese Einzelfallregelung gilt ausschließlich für Planungsbereiche, in denen diabetologisch qualifizierte Ärzte/Einrichtungen gemäß Abs. 2 nicht in ausreichender Anzahl tätig sind. Die Betreuung der Versicherten durch den koordinierenden Arzt gemäß Satz 1 muss in enger Kooperation mit einem am Vertrag teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.

(4) Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahre fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater bzw. eine diabetologisch qualifizierte pädiatrische Einrichtung, die die Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen gemäß **Anlage 3** erfüllen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch qualifizierten Arzt bzw. eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung erfolgen, sofern die Strukturvoraussetzungen nach **Anlage 1** nachgewiesen sind.

(5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 4 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen erfolgt entsprechend § 5. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVHB unverzüglich mitzuteilen.

(6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVHB nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVHB vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mitgeteilt.

(7) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 und 3 Teilnahmeberechtigten (im weiteren als koordinierende Ärzte bezeichnet) gehören insbesondere:

a) die Beachtung der Qualitätsziele gem. **Anlage 6** einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

b) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB nachgewiesen ist, sowie die Motivation der Versicherten zur Teilnahme an Schulungen,

c) das Führen des Gesundheitspasses Diabetes des Patienten,

d) bei Vorliegen der unter Nummer 1.7.3 der Anlage 7 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

e) bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 8, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern

f) bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.7.4 der Anlage 7 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.

g) bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung des Versicherten auf Anforderung alle relevanten Daten zu übermitteln,

h) die Berücksichtigung der von der Gemeinsamen Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,

i) die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

j) die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.7 der Anlage 7 DMP-A-RL,

k) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen,

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

§ 4
Teilnahmeerklärung

(1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 gegenüber der KVHB schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der **Anlage 1, Anlage 2, Anlage 3** zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ I bereit. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVHB kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

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

(3) Der Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den für ihn von den Krankenkassen/-verbänden und der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 21.

§ 5
Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVHB erteilt den gemäß § 3 teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag als koordinierende Ärzte, wenn diese die in der jeweiligen **Anlage 1**, **Anlage 2** oder **Anlage 3** genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

(2) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den **Anlagen 1, 2 und 3** näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 6
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme eines Arztes am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVHB bestätigt.

(2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVHB) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

(3) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder durch Beschluss nach § 12, so ist er von diesem Vertrag durch die

KVHB auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte aufmerksam machen.

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

(5) Die KVHB informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(6) 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 nachzuweisen mit dem Teilnahmeantrag gemäß **Anlage 4**.

§ 7
Leistungserbringerverzeichnis

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

(2) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Verzeichnis der am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVHB zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

(3) Die Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Abs. 1 können außerdem

- der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. für die teilnehmenden Krankenhäuser durch die Krankenkassen/-verbände,
- den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen/-verbände,
- den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung) sowie
- der Gemeinsamen Datenstelle durch die KVHB

zur Verfügung gestellt werden.

(4) Die Leistungserbringerverzeichnisse werden dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung werden diese dem BAS bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen der der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen sowie auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

(5) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Abs. 1 können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

§ 8
Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1

(1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahme bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 4, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten und die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuell gültigen Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

(2) Die teilnehmenden Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVHB über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 9
Grundlagen und Ziele

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

- die Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- die Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.7. der Anlage 7 der DMP-A-RL**,**
- die Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturvoraussetzungen nach den **Anlagen 1, 2 oder 3**,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 10
Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMPs Maßnahmen und Indikatoren gemäß der **Anlage 6** zur Erreichung der Ziele nach § 9 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

(3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend der **Anlage 6** werden die Krankenkassen den Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung kein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis erfolgt.

(4) Zur Auswertung der in **Anlage 6** fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen.

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

§ 11
Durchführung der Qualitätssicherung

(1) Gemäß der in der **Anlage 6** festgelegten Qualitätsziele, der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösealgorithmen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen von den im Folgenden genannten Institutionen durchzuführen.

(2) Die Gemeinsame Datenstelle sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden koordinierenden Ärzten.

(3) Die KVHB

- überprüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte,

- unterstützt die mindestens einmal jährlich stattfindenden strukturierten DMP-Qualitätszirkel der Leistungserbringer,
- berichtet der Gemeinsamen Einrichtung in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Qualitätssicherung.

(4) Die Krankenkassen

- erinnern die eingeschriebenen Versicherten an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der Gemeinsamen Datenstelle an die Krankenkasse gemeldeten Daten fehlt,
- informieren anlassbezogen und individuell entsprechend der in der **Anlage 6** beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ihre eingeschriebenen Versicherten,

(5) Die Gemeinsame Einrichtung

- wertet versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der in der **Anlage 6** festgelegten Kriterien arztbezogen aus und übermittelt den Leistungserbringern dazu regelmäßig strukturierte Berichte über die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten. Die Berichte unterstützen die teilnehmenden Ärzte auch hinsichtlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- wertet die Berichte der KVHB und der Krankenkassen aus und entwickelt Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

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

§ 12
Vertragsmaßnahmen

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung nach § 20 zu melden.

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

- Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der Vertragsarzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht.
- Verstößt ein Arzt gegen Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben oder werden fehlende Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an dieses Vertrages von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Einen erneuten Teilnahmeantrag kann der Arzt frühestens nach zwei Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen. Im Wiederholungsfall kann dauerhaft ausgeschlossen werden.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind:

(a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt gemäß Nummer 1.2 der Anlage 7 DMP-A-RL liegt vor und die Einschreibekriterien gemäß Nummer 3 Anlage 7 DMP-A-RL sind erfüllt,

(b) die einmalige schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten,

(c) die umfassende schriftliche oder elektronische Information der Versicherten über

- über die Programminhalte
- über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
- über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
- über seine Mitwirkungspflichten sowie
- darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem DMP zur Folge hat.

(d) Versicherte können in das DMP eingeschrieben werden, wenn – zusätzlich zu den unter a) bis c) genannten Kriterien – eine Insulintherapie gemäß Nummer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL eingeleitet wurde oder durchgeführt wird.

(2) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird gemäß Anlage 7, Nummer 3.1, DMP-A-RL, durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

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

(4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses DMP aufgenommen.

(5) Wenn der Versicherte an mehreren in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen DMP teilnehmen, sofern sich diese nicht ausschließen. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

§ 14
Information und Einschreibung

(1) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 5** bei einem koordinierenden Arzt einschreiben. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung entsprechend der **Anlage 5**, über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 7 DMP-A-RL informieren.

(2) Nach umfassender Information über das DMP gemäß § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 5** zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 5** folgende Unterlagen notwendig:

(a) die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,

(b) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 5). Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann,

(c) die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch den Versicherten.

(4) Der einschreibende, koordinierende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie – mit Ausnahme bei Einschreibung gemäß Abs. 5 - von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiter.

(5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn dieser als koordinierender Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Gemeinsame Datenstelle weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.

(6) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in seine Teilnahme am DMP einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse darauf hingewiesen, einen nach § 3 teilnehmenden, koordinierenden Arzt zu wählen, welcher die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weiterleitet.

(7) .

(8) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15
Beginn und Ende der Teilnahme

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

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus. Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß der Gründe nach § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel unter Beachtung des § 24 Abs. 3 RSAV, dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs sowie mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.

(3) Abs.Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

(4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Beginn und Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 16
Wechsel des koordinierenden Arztes

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

Abschnitt VI – Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Schulungen

§ 17
Fortbildung- und Weiterbildung

(1) Die Vertragspartner informieren in geeigneter Weise die teilnehmenden Ärzte über Ziele und Inhalte dieses DMP Diabetes mellitus Typ 1. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 4.

(2) Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte dieser Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 7 der DMP-A-RL ab.

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen, von der Ärztekammer anerkannten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend § 3 gegenüber der KVHB nachzuweisen. Diese Maßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

(4) Bestandteile, die bei den Fortbildungsmaßnamen der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen von diesen nicht wiederholt werden.

§ 18
Information und Schulung der Versicherten

(1) Jeder teilnehmende Versicherte bzw. dessen Betreuungsperson soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Im DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind nur Schulungsprogramme anzubieten, die ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet sind. Patientenschulungen dienen gemäß § 4 Abs. 3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Versicherte geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.

(2) In den jeweiligen Schulungsprogrammen sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 7 DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL bzw. der RSAV widersprechen, verzichtet werden. Die Schulungsprogramme sind in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden.

(3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß Anlage 1, Anlage 2 oder Anlage 3 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt gemäß § 5.

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung / Gemeinsame Datenstelle

§ 19
Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere dazu ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20
Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21
Gemeinsame Datenstelle

(1) Die Vertragspartner, die Bremische Arbeitsgemeinschaft DMP und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle (Gemeinsame Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung an die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL.

(2) Die Daten werden nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und -Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

(3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner den koordinierenden Ärzten Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22
Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Arzt die vollständigen Daten der Erst- und Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 20 DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Nr. 1a RSAV genannten Frist an die Gemeinsame Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Gemeinsame Datenstelle zu übermitteln.

(2) Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten informiert (z.B. Ausdruck der übermittelten Daten).

§ 23
Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Datenstelle, die Gemeinsame Einrichtung, die Arbeitsgemeinschaft, die KVHB und die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 24
Datenaufbewahrung und -löschung

(1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszwecks aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

(2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.

(3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

.

Abschnitt VIII – Evaluation

§ 25
Evaluation

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

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

Abschnitt IX - Vergütung und Abrechnung

§ 26
Vergütung der Vertragsärztlichen Leistungen

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

Abschnitt X - Sonstige Bestimmungen

§ 27
Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

(1) Die KVHB liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Versicherten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der aktuellen EU-DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

(3) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.

§ 28
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2026 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2021. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

(2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.

(3) Bei einer Wiederzulassung gelten die im Rahmen der ersten Zulassung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

(4)
Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung des DMP durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 29
Schriftform

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

§ 30
Salvatorische Klausel

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

Unterschriftsseite

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

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

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

---

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

---

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