

V E R E I N B A R U N G
zur Optimierung der Versorgung von
Typ 1- und Typ 2-Diabetikern im Rahmen strukturierter
Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

in der Fassung vom 01.07.2017
zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe, 44127 Dortmund
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KVWL genannt)**

und

der AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

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

der KNAPPSCHAFT

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- **BARMER**
- **Techniker Krankenkasse (TK)**
- **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 Nordrhein-Westfalen**

(nachstehend „Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II a - Teilnahme der Vertragsärzte an den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

- § 3 Teilnahmegrundsätze
- § 3a Teilnahmevoraussetzungen der DSPn und diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern
- § 3b Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Hausarztes zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern (Ausnahme)
- § 3c Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern
- § 3d Teilnahmevoraussetzungen des fachärztlichen/diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern

Abschnitt II b - Strukturelle und qualitative Voraussetzungen für die Anerkennung als DSP/diabetologisch besonders qualifizierter Pädiater

- § 4a Teilnahmevoraussetzungen der DSPn
- § 4b Teilnahmevoraussetzungen für diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater
- § 4c Genehmigung von DSPn (Kommission)
- § 4d Verfahren zur Teilnahme von DSPn

Abschnitt II c - Teilnahme weiterer Leistungserbringer an den Disease-Management- Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

- § 5a Einbindung von Krankenhäusern
- § 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen

Abschnitt II d - Teilnahmeverfahren Vertragsärzte an den Disease-Management- Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

- § 6 Teilnahmeerklärung DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- § 7 Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzteverzeichnis - einschließlich DSP-/Pädiater-Übersicht - und Krankenhausverzeichnis

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 10 Medizinische Anforderungen an die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
 - § 10 a Aufgaben der koordinierenden Ärzte in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
 - § 10 b Überweisungsregeln für koordinierende Hausärzte im DMP Diabetes mellitus Typ 1
 - § 10 c Aufgaben der DSP im DMP Diabetes mellitus Typ 2
 - § 10 d Besondere Aufgaben der DSP zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
 - § 10 e Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2
 - § 10 f Verstoß gegen die Ziele des Programms

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 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 Arztes
- § 19 Meldung der Krankenkassen

Abschnitt VI - Schulungen

- § 20 Schulung, Information der Ärzte
- § 21 Schulung, Information der Versicherten

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 c RSAV

- § 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 25 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VIII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 26 Datenstelle
- § 27 Erst- und Folgedokumentation
- § 28 Datenfluss zur Datenstelle
- § 29 Datenzugang
- § 30 Datenaufbereitung und -löschung

Abschnitt IX - Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

- § 31 Datenfluss
- § 32 Datenzugang
- § 33 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt X - Evaluation

- § 34 Evaluation

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

- § 35 Vertragsärztliche Leistungen
- § 36 Qualitätsorientierte Vergütung

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

- § 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 39 Gemeinsamer Ausschuss
- § 40 Laufzeit und Kündigung
- § 41 Schriftform
- § 42 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1 a Strukturqualität und Teilnahmevoraussetzungen DSPn
- Anlage 1 b Strukturvoraussetzungen für den koordinierenden Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)
- Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für den koordinierenden Versorgungssektor für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1
- Anlage 3 Strukturvoraussetzungen für koordinierende Hausärzte nach § 73 SGB V zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern (Ausnahme)
- Anlage 4 Strukturqualität der koordinierenden Vertragsärzte (Diabetes mellitus Typ 2)
- Anlage 5 Strukturqualität sonstiger Ärzte der 2. Versorgungsebene
- Anlage 6 Strukturqualität der Leistungserbringer im Bereich des Diabetischen Fußsyndroms
- Anlage 7 entfällt
- Anlage 8 Erklärung DSP zur Teilnahme an der DMP-Versorgung (DSP-Versorgung)
- Anlage 9 Bedarfsplanung DSPn
- Anlage 10 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes zu DMP Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2
- Anlage 10 a Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten - Diabetes mellitus Typ 1
- Anlage 10 b Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten - Diabetes mellitus Typ 2
- Anlage 11 Leistungserbringer-Verzeichnis Ärzte und Krankenhäuser
- Anlage 12 Medizinische Versorgungsinhalte DMP Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7 DMP-A-RL)
- Anlage 13 Medizinische Versorgungsinhalte DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1 DMP-A-RL)
- Anlage 14 entfällt
- Anlage 15 entfällt
- Anlage 16 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 17 Qualitätssicherung DMP Diabetes mellitus Typ 1
- Anlage 18 Qualitätssicherung DMP Diabetes mellitus Typ 2
- Anlage 19 Teilnahme-/Einwilligungserklärung Versicherter inkl. Datenschutz- und Patienteninformation (Varianten A und B)
- Anlage 20 entfällt
- Anlage 21 Vergütung DMP-Leistungen
- Anlage 22 Vergütung der Versorgung durch DSPn
- Anlage 23 Patientenschulungen

Erläuterungen

„Ärzte“ sind Ärztinnen und Ärzte.

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt.

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.

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

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungs-Richtlinie.

„DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie.

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

„DSPn“ sind diabetologische Schwerpunktpraxen.

„Fachärztlich qualifizierte Ärzte“ sind Vertragsärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen angestellte Ärzte nach § 3d dieser Vereinbarung. Im Zuge des DMP Diabetes mellitus Typ 1 übernimmt grundsätzlich die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP)/der diabetologisch qualifizierte Arzt auch die koordinierende Funktion.

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

„Koordinierende Ärzte“ sind Vertragsärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnete angestellte Ärzte. Ferner können Ärzte die koordinierende Funktion im Ausnahmefall übernehmen, sofern sie die Patienten in Dauerbehandlung betreuen (vgl. z.B. § 3c).

„Patienten“ sind weibliche und männliche Patienten.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Präambel

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

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht. In Deutschland leben über 5 Millionen Menschen mit bekanntem Diabetes mellitus. Schätzungsweise 300.000 bis 600.000 Kinder und Erwachsene sind vom Diabetes mellitus Typ 1 betroffen. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn des Typ 1-Diabetes häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel aufgrund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht.

Der Verbesserung der Versorgung von Diabetikern messen die Partner dieser Vereinbarung einen hohen Stellenwert bei. Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und den kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, das Risiko des Auftretens von Folgekrankheiten und die Lebensqualität positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser Diabetes-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden.

Die Partner dieser Vereinbarung haben bereits vor Jahren besondere Anstrengungen zur Optimierung der Versorgungsabläufe, wie z.B. der Kooperation zwischen Hausärzten und DSPn, unternommen. Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V optimiert werden. Deshalb schließen die Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe und die KVWL diese Vereinbarung. Um der Dynamik des medizinischen Fortschrittes und dem daraus resultierenden Wandel der Versorgung Rechnung zu tragen, werden die Vertragspartner die Aktualisierungen der Anforder-

rungen an diese Programme fortlaufend berücksichtigen. Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Evaluation der DMP und ergänzender Studien in die Weiterentwicklung dieser Programme einfließen.

Die vertraglichen Anpassungen zum 01.07.2015 berücksichtigen für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL und die am 19.09.2014 in Kraft getretene Änderung der DMP-A-RL. Das Versorgungsangebot für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.

Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.

Die vertraglichen Anpassungen zum 01.07.2017 berücksichtigen für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016 sowie 19.03.2017 und 01.07.2017 in Kraft getreten sind.

Die Regelungen für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 1, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.

Mit dem GKV-VStG wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ1 bzw. Typ 2. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden koordinierenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung und strukturieren die Behandlungsabläufe in Zusammenarbeit mit fachlich qualifizierten Ärzten. Ärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in Westfalen-Lippe hin.

- (2) Mit der vorliegenden Vereinbarung werden zudem Inhalte und die Qualitätssicherung einer diabetologisch spezialisierten Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus durch DSPn geregelt. Ziel ist die Sicherung einer integrativen, arbeitsteilig gestalteten diabetologischen Versorgung zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Diabetikern.

- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind in den §§ 28d und f der RSAV, die medizinischen Grundlagen in der DMP-A-RL festgelegt. Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
 - a) Ziele Diabetes mellitus Typ 1 - Erwachsene -:
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehhinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),

 - Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,

- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

b) Ziele Diabetes mellitus Typ 1 – Kinder und Jugendliche -:

- Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
- Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung 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 seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

c) Ziele Diabetes mellitus Typ 2

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

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

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. westfälisch-lippische Vertragsärzte, die nach Maßgabe der Abschnitte II a, II b und II d teilnehmen sowie für angestellte Ärzte, die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen,
2. DSPn in Westfalen-Lippe, die die Voraussetzungen nach §§ 4a ff. gegenüber der KVWL nachgewiesen haben und nach § 4c Abs. 2 anerkannt sind,
3. ermächtigte Ärzte/ärztlich geleitete Einrichtungen, die für die Betreuung von Typ 1-Diabetikern im Sinne dieser Vereinbarung qualifiziert sind (Anlage 2) und Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen,
4. die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
5. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Absatz 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat und
6. die Behandlung schwangerer Versicherter mit Gestationsdiabetes durch eine DSP.

(2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe soweit erforderlich beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des § 36 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Verbände der Krankenkassen werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen infor-

mieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Absatzes 1 Nr. 5 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die DMP-AF-RL und insbesondere die DMP-A-RL. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 40. Die Anlagen dieser Vereinbarung, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 1 und den Anlagen 7 sowie 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesen DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II a
Teilnahme der Vertragsärzte an den
Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

§ 3
Teilnahmegrundsätze

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte/DSPn sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) 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.
- (3) Die Anforderungen an die im Folgenden geforderten Strukturqualitäten können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

§ 3a
Teilnahmevoraussetzungen der
DSPn und
diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte
zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern

- (1) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte. Es kann sich dabei um
 1. eine DSP (Anlage 1 a) nach Abschnitt II b oder
 2. einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt (Anlage 1 b)handeln, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 a (DSP) oder Anlage 1 b (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt) erfüllen.
- (2) Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater, der die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt bzw. eine DSP wahrgenommen werden, sofern die Strukturqualität nach Anlage 2 erfüllt ist.

§ 3b
Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Hausarztes
zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern (Ausnahme)

In Ausnahmefällen ist als koordinierender Vertragsarzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Hausarzt teilnahmeberechtigt, sofern er die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 3 erfüllt. Der Hausarzt gibt dabei zusätzlich auf seiner Teilnahmeerklärung nach § 6 eine der nächsterreichbaren DSPn an, mit der er eng kooperiert.

§ 3c
Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors
zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern

- (1) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die nach § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1b oder Anlage 4 erfüllen.
- (2) In Ausnahmefällen können auch Vertragsärzte in DSPn nach Abschnitt II b die Koordination von Typ 2-Diabetikern übernehmen. Dies gilt insbesondere für solche Patienten, die sich bereits vor der Einschreibung bei diesen Ärzten wegen Diabetes mellitus Typ 2 in Dauerbehandlung befanden.
- (3) Ferner können in Ausnahmefällen auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung sowie Fachärzte für Nephrologie für den koordinierenden Versorgungssektor teilnehmen, wenn sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 4 erfüllen.

§ 3d
Teilnahmevoraussetzungen des fachärztlichen/
diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors
zur Betreuung von Typ 1 und Typ 2-Diabetikern

- (1) Die ambulante fachärztliche Versorgung wird aufgrund einer Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes an die in Abschnitt 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL (für das DMP Diabetes mellitus Typ 1) sowie Abschnitt 1.8, Ziffer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 1 der

DMP-A-RL (für das DMP Diabetes mellitus Typ 2) aufgeführten qualifizierten Fachärzte, DSPn bzw. diabetologisch, einschließlich auf die Behandlung des diabetischen Fußes, spezialisierten Einrichtungen bei den in der Anlage 7 bzw. Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen gewährleistet (vgl. Anlage 13).

Abschnitt II b

Strukturelle und qualitative Voraussetzungen für die Anerkennung als DSP/diabetologisch besonders qualifizierter Pädiater

§ 4a

Teilnahmevoraussetzungen DSPn (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2)

- (1) Die qualifizierte und flächendeckende ambulante fachärztliche Versorgung wird in Westfalen-Lippe durch DSPn sichergestellt. Die nach § 4c Abs. 2 anzuerkennenden DSPn erfüllen die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a.

§ 4b

Teilnahmevoraussetzungen für diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater (Diabetes mellitus Typ 1)

- (1) Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Versorgung nach dieser Vereinbarung
- unter 16 Jahren grundsätzlich,
 - unter 21 Jahren fakultativ

durch einen an dieser Vereinbarung teilnehmenden diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater nach Anlage 2.

- (2) Teilnahmeberechtigt sind diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater (vgl. Anlage 2). Es handelt sich dabei um niedergelassene und um ermächtigte Ärzte (vgl. Anlage 2) sowie an westfälisch-lippischen Krankenhäusern angestellte Pädiater, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 7 erfüllen.

- (3) Ermächtigungen werden für diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater an Krankenhäusern (ermächtigte Pädiater) zur Förderung der DMP Diabetes mellitus Typ 1 durch die zuständigen Zulassungsausschüsse erteilt, soweit eine qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Es gilt insoweit der Grundsatz einer vorrangigen Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 durch niedergelassene diabetologisch qualifizierte Pädiater. Eine Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe im Ausnahmefall durch teilnehmende DSPn bleibt hiervon unberührt.

§ 4c

Genehmigung von DSPn (Kommission)

- (1) Für das Genehmigungsverfahren einer DSP errichten die Vertragspartner eine paritätisch besetzte Kommission bei der KVWL. Je ein Vertreter der DSP sowie des MDK WL können beratend hinzugezogen werden. Die Kommission nach § 4c prüft im Rahmen des Genehmigungsverfahrens, ob die Voraussetzungen nach §§ 4a, 4b (vgl. Anlagen 1 a) vorliegen. Sie kann Sachverständige beauftragen, die die personellen, räumlichen, apparativen und sonstigen Voraussetzungen in der Praxis überprüfen.
- (2) Die KVWL entscheidet im Einvernehmen mit der Kommission über die Genehmigung von DSPn. Dabei ist die in der gemäß der Anlage 9 formal berechnete Zahl erforderlicher DSPn zu beachten. Die entscheidungsrelevanten Unterlagen werden von der KVWL aufbereitet. Ist die Versorgung nach den gemäß der Anlage 9 festgelegten Kriterien erfüllt, können keine weiteren Genehmigungen erteilt werden. Eine Genehmigung kann abweichend davon erfolgen, wenn für die antragstellende Praxis unter dem Gesichtspunkt einer regionalen Unterversorgung das Erfordernis zur Teilnahme an dieser Vereinbarung auch im Einzelfall durch die Kommission bejaht wird. Sofern eine aus Sicht der Kommission erforderliche Versorgungsstruktur anders nicht erreicht werden kann, kann die Kommission im Einzelfall einvernehmlich von der gemäß der Anlage 9 formal berechneten Zahl abweichen sowie eine die Untergrenze nach Anlage 1 a unterschreitende Patientenzahl zugrunde legen und erforderlichenfalls ergänzende Auflagen erteilen. Daneben ist die Diabeteskommission berechtigt eine personenbezogene Abrechnungsgenehmigung zu erteilen. Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein: Die DSP behandelt mehr als 1.000 Patienten im Quartal mit Diabetes über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr und hat die Anerkennung als Behandlungs- und Schulinrichtung der Stufe 2 nach Kriterien der Deutschen Diabetesgesellschaft (DDG) und/oder die Anerkennung als ambulante Fußbehandlungseinrichtung nach Kriterien der

DDG. Daneben muss der/die Antragsteller/in in der Praxis der DSP tätig sein und die Strukturqualität nach Anlage 1a erfüllen. Soweit unter mehreren Bewerbern für den gleichen Versorgungsbereich um die Teilnahme an dieser Vereinbarung auszuwählen ist, gilt § 103 Abs. 4 Sätze 3 und 4 SGB V entsprechend.

- (3) Abweichend von Abs. 2 ist die zum Führen einer DSP erforderliche Genehmigung auf Antrag auf den vom Zulassungsausschuss bestimmten Praxisnachfolger nach § 103 Abs. 4 SGB V durch die Kommission übertragbar, wenn in seiner Person die Voraussetzungen nach §§ 4a bzw. 4b erfüllt sind. Verzichtet ein Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft auf seine Zulassung nach § 103 Abs. 4 SGB V, kann dessen DSP-Genehmigung auf Antrag auf den/einen bisherigen Praxispartner übertragen werden. Eine erforderliche Auswahl zwischen Praxispartnern trifft die Kommission nach den Kriterien des § 103 Abs. 4 SGB V. In diesen Fällen findet keine Bedarfsprüfung statt.
- (4) Verzichtet ein Arzt nicht auf seine Zulassung, sondern nur auf die Genehmigung zum Führen einer DSP, findet eine Bedarfsprüfung statt. Dies gilt auch für Ärzte in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), wenn das Angestelltenverhältnis in einem MVZ aufgelöst wird. Wird ein Bedarf festgestellt, wird eine freie DSP-Vakanz ausgeschrieben und eine Auswahl unter den Bewerbern nach den Vorgaben des § 103 Abs. 4 SGB V durch die KVWL durchgeführt. Jeder in Vollzeit tätige Facharzt für Allgemeinmedizin bzw. Facharzt für innere Medizin mit der geforderten fachlichen Qualifikation nach Anlage 1a dieser Vereinbarung kann sich auf eine DSP-Vakanz bewerben.
- (5) Die Kommission verständigt sich auf ein Verfahren zur Überprüfung der Vertragsvoraussetzungen und der Abrechnungen für an der Vereinbarung teilnehmende DSPn, ermächtigte Ärzte/ärztliche geleitete Einrichtungen.
- (6) Sofern der begründete Verdacht besteht, dass vertragliche Voraussetzungen nicht erfüllt oder die vertraglichen Pflichten verletzt werden, kann die Kommission Sachverständige beauftragen, die die personellen, räumlichen, apparativen und sonstigen Voraussetzungen in der Praxis überprüfen.
- (7) Über den Widerruf der Teilnahmegenehmigung an dieser Vereinbarung entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit der Kommission. Diese trifft ihre Entscheidung einstimmig.

- (8) Disziplinarische und zulassungsrechtliche Maßnahmen bleiben von Maßnahmen nach Absatz 5 unberührt.
- (9) Die KVWL informiert die Arbeitsgemeinschaft DMP über DSPn, die im Einzelfall aufgrund der Konstellation - mindestens gleichwertige Qualifikation - anerkannt wurden.
- (10) Die KVWL informiert die Arbeitsgemeinschaft DMP jährlich über die Strukturqualität der DSPn. Dabei werden die in Anlage 1 a aufgeführten Kriterien transparent arzt-/praxisbezogen dargestellt.
- (11) Im Übrigen übernimmt die Kommission keine originären Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung; hinsichtlich der Qualitätssicherungsaktivitäten unterstützt sie jedoch diese.
- (12) Die Kommission prüft in Abstimmung mit der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24 weitere Optimierungsmöglichkeiten der Versorgung von Diabetikern.
- (13) Das Genehmigungsverfahren für die DSPn gilt gleichermaßen für die diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater.

§ 4d

Verfahren zur Teilnahme von DSPn

- (1) DSPn, die bereits zum 30.06.2017 genehmigt sind, nehmen an dieser Vereinbarung teil, ohne dass es einer erneuten Teilnahmeerklärung bedarf.
- (2) Weitere DSPn können nur dann genehmigt werden, wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 4a ff. erfüllen und nach Anlage 9 noch keine ausreichende Versorgung sichergestellt ist. Die Begrenzung der teilnehmenden DSPn wird hierbei analog zum Verfahren nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Festlegung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) ermittelt. Die Festlegung erfolgt mit dem Faktor gemäß Anlage 9 bezogen auf die im 3. Abschnitt der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte festgelegte Einwohner/Arzt-Relation (allgemeine Verhältniszahlen) für Hausärzte. Zuvor findet eine Zuordnung zu den raumordnungsspezifischen Planungskriterien (Regionstyp, Ordnungs-Nr.) nach Anlage 3.1 und 3.2 der Be-

darfsplanungs-Richtlinien-Ärzte statt. Ist in einer Region die Versorgung nach Anlage 9 an DSPn erfüllt, können grundsätzlich keine weiteren Genehmigungen in dieser Region erteilt werden. Ist in einer Region der Versorgungsbedarf nach Anlage 9 an DSPn übererfüllt, können auch in den Nachbarregionen grundsätzlich keine weiteren Genehmigungen erteilt werden.

- (3) Die Genehmigung zur Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztesitzes an weiteren Orten nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV (Zweigpraxis) schließt nicht Tätigkeiten einer DSP nach diesem Vertrag mit ein. Hierzu bedarf es einer ausdrücklichen Genehmigung des weiteren Tätigkeitsortes als DSP nach Abs. 2.
- (4) Die KVWL erteilt im Einvernehmen mit der Kommission nach § 4c eine Teilnahme genehmigung für die DSP, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 oder 2 erfüllt sind. Ein Anspruch auf Teilnahme an dieser Vereinbarung besteht nicht.
- (5) Die KVWL kann im Einvernehmen mit der Kommission nach § 4c die Teilnahme genehmigung widerrufen, wenn die Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung nicht oder nicht mehr erfüllt sind oder wichtige Gründe vorliegen, die einer weiteren Teilnahme an dieser Vereinbarung entgegenstehen. Die Voraussetzung nach Anlage 1 a zu Mindestanzahlen an Typ 1- und Typ 2-Diabetikern (Erfahrung in der Versorgung) gilt dann als nicht mehr erfüllt, wenn die Mindestzahl in mehr als 2 aufeinander folgenden Quartalen unterschritten wird.
- (6) Die DSP erklärt die Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 8. Die DSP genehmigt mit der Unterschrift den Datenstellenvertrag, den die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossen haben. Die Regelungen über die Genehmigung von DSPn bleiben unberührt.

Abschnitt II c

Teilnahme weiterer Leistungserbringer an den Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

§ 5a

Einbindung von Krankenhäusern

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 vertraglich ein. Diese müssen die Anforderungen nach Anlage 7 erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

- (2) Die Träger der Krankenhäuser geben schriftlich eine Bereiterklärung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ab und senden diese an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Düsseldorf. Nach Sichtung durch die KGNW sendet diese die Unterlagen binnen einer Woche an die Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe oder eine von ihnen benannte Stelle. Die Bereiterklärung wird von den Verbänden der Krankenkassen geprüft.

- (3) Die Verbände der Krankenkassen stellen fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Sie können sich im Hinblick auf die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen externen Sachverständigen bedienen. Die Verbände der Krankenkassen entscheiden unter Berücksichtigung der Ziele der Krankenhausplanung gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit der KGNW über die Annahme der Bereiterklärung; sie teilen dem Krankenhaus das Ergebnis ihrer Entscheidung schriftlich mit.

§ 5b

Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtungen sind zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Förderung einer auf das Krankheitsbild ausgerichteten Lebensweise des Patienten insbesondere nach einem stationären Aufenthalt sinnvoll. Rehabilitationsmaßnahmen werden unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V und des SGB VI veranlasst. Die Krankenkassen stellen sicher, dass sie Belegungszusagen nur an Einrichtungen erteilen, die ihre Behandlungsinhalte und -abläufe an den Vorgaben der DMP-A-RL ausrichten.

Abschnitt II d
Teilnahmeverfahren Vertragsärzte an
Disease-Management-Programmen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

§ 6
Teilnahmeerklärung
DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

- (1) Der Vertragsarzt nach § 3 ff. erklärt die Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 10. Der Vertragsarzt genehmigt mit der Unterschrift den Datenstellenvertrag, den die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossen haben.
- (2) Der anstellende Vertragsarzt gibt die notwendigen Erklärungen für die angestellten Ärzte mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 10 ab. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach den Anlagen 10 und 10 a bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der anstellende Arzt stellt durch arbeitsvertragliche Regelungen sicher, dass die Anforderungen nach dieser Vereinbarungen sowie der RSAV bzw. der DMP-A-RL durch den angestellten Arzt beachtet werden.
- Im Zuge des DMP Diabetes mellitus Typ 1 bestätigt der koordinierende Hausarzt ergänzend die Kooperation mit einer DSP (vgl. Anlage 10).

§ 7
Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen

Die KVWL prüft die Voraussetzungen und erteilt den Vertragsärzten schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme nach dieser Vereinbarung, wenn diese die in Anlage 1 bis 6 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung an.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVWL) beträgt drei Monate zum Ende eines Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierend tätigen Vertragsarztes bzw. fachärztlichen Vertragsarztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis (vgl. § 9) zur Wahl eines anderen koordinierenden Arztes bzw. fachärztlich qualifizierten Arztes zukommen lassen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ebenfalls mit dem Bescheid der Zulassungsinstanzen über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder durch Bescheid der KVWL aufgrund eines Ausschlusses nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser 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 nicht am DMP teilnimmt. Sie ruht in Teilen, sofern die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 10 a bzw. 10 b nachzuweisen.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Strukturqualität für den koordinierenden bzw. fachärztlich/qualifizierten Versorgungssektor erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung berechtigt.

§ 9
Ärzteverzeichnis
- einschließlich DSP-/Pädiater-Übersicht -
und Krankenhausverzeichnis

(1) Die KVWL führt ein Verzeichnis über an dieser Vereinbarung nach den §§ 3 ff. teilnehmende und ausscheidende Ärzte sowie der DSPn und stellt diese Verzeichnisse regelmäßig, mindestens monatlich, aktualisiert in elektronischer Form (z. B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 11

- der Datenstelle nach § 26,
- den Verbänden der Krankenkassen,
- der KGNW,
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24,
- den koordinierenden Ärzten sowie fachärztlich qualifizierten Ärzten

zur Verfügung.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Verbände der Krankenkassen sowie die Datenstelle nach § 26 zeitnah, spätestens innerhalb von 10 Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 11) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

Die Verbände der Krankenkassen stellen ferner die umgehende Weiterleitung der Verzeichnisse nach Absatz 1 an die von ihnen vertretenen Krankenkassen und bei Bedarf die Weiterleitung an interessierte teilnehmende bzw. teilnahmewillige Versicherte sicher.

(2) Die zuständige Aufsichtsbehörde erhält die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 von den Verbänden der Krankenkassen auf Anforderung. Die Verzeichnisse werden dem BVA mit dem Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.

(3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 können veröffentlicht werden. Ferner erhalten die Patienten über die jeweiligen Hotlines der einzelnen Krankenkassen bzw. anderer Informationsquellen, wie z. B. Bürgerinformationen der KVWL/ÄKWL, nähere Informationen zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Leistungserbringer.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10 Medizinische Anforderungen an die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Die medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 12 und 13 geregelt und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte entsprechen den Anforderungen nach Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6, die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

§ 10a Aufgaben der koordinierenden Ärzte in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Zu den Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VIII und IX,
4. die vollständige Erstellung und Übermittlung der Dokumentation entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL; soweit diese fehlerhaft weitergeleitet wurde, die nachträgliche Korrektur auf Anforderung,

5. die Wiedereinbestellung des Patienten zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung;
6. bei 6-monatigem Dokumentationsintervall im Falle versäumter Befunderhebung die vorgezogene Wiedereinbestellung auf das eigentlich dokumentationsfreie Folgequartal
7. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
8. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 21, soweit die Schulungsberechtigung nach § 21 Abs. 4 gegenüber der KVWL nachgewiesen ist oder die Veranlassung von Patientenschulungen,
9. die Überweisung an andere Vertragsärzte oder die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Anlage 12/13 vorgenommen werden muss (im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Leistungserbringer),
10. bei Einbeziehung anderer Leistungserbringer
 - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 10, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
 - das Einholen der therapierelevanten Informationen von diesen Leistungserbringern,
 - bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 3d bzw. 4a das Anbringen des Vermerks „nimmt am DMP teil“ oder „nimmt nicht am DMP teil“ auf dem Überweisungsschein,
11. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 11 vorzunehmen und auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
12. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Die Kostenträger werden sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden,

13. das Ausfüllen des Diabetes- und Fußpasses auf Wunsch des Versicherten.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 12 entsprechend.

§ 10b

Überweisungsregeln für koordinierende Hausärzte an diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte im DMP Diabetes mellitus Typ 1

(1) Der koordinierende Hausarzt beachtet insbesondere die Überweisungsregeln nach Ziffer 1.8.2 der Anlage 12, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. Der Hausarzt hat in diesen Fällen eine Überweisung an eine/n diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine Überweisung zum/zur diabetologisch qualifizierten Pädiater oder pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen. Eine Überweisung ist insoweit vorgesehen:

1. bei Erstmanifestation,
2. bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie,
3. bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie mindestens einmal jährlich,
4. zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie,
5. bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel kleiner als 7,5% bzw. 58mmol/mol) nach maximal sechs Monaten Behandlungsdauer,
6. bei Abschluss der akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation (z. B. schwere Hypoglykämie, Ketoazidose).

- (2) Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gilt § 10b Abs. 1 entsprechend.
- (3) Die Aufgaben des koordinierenden Hausarztes richten sich im Übrigen nach § 10a.

§ 10c
**Aufgaben der DSP/
diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte
im DMP Diabetes mellitus Typ 2**

- (1) Die DSP behandelt vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesene und eigene Patienten, die in ein DMP eingeschrieben sind, gemäß den medizinischen Vorgaben zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der DMP-A-RL. Die DSP informiert den koordinierenden Vertragsarzt kurzfristig, mindestens einmal je Quartal, über die durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.
- (2) Die Mitbehandlung des teilnehmenden Versicherten erfolgt mit dem Ziel der Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt möglichst innerhalb von 2 Quartalen. Bei längerer Behandlung bedarf es einer besonderen Begründung gegenüber dem koordinierenden Arzt
- (3) Zu den Aufgaben der DSPn gehören insbesondere:
1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums (vgl. § 10d),
 3. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 21 auf Veranlassung des koordinierenden Vertragsarztes, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVWL nachgewiesen ist,
 4. die Einbeziehung anderer Leistungserbringer, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Anlage 13 zu dieser Vereinbarung erforderlich ist (im Übrigen entscheidet die DSP nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Leistungserbringer),

5. bei Einbeziehung anderer Leistungserbringer therapierrelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und anzufordern,
6. Rückmeldung an den koordinierenden Arzt nach § 3 ff. unter Angabe therapierrelevanter Informationen (einschließlich derjenigen Informationen von ggf. einbezogenen anderen Leistungserbringern) zur Erstellung der Dokumentationen. Dies soll spätestens 2 Wochen nach der Befunderhebung erfolgen,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 13 genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) ist eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 11 vorzunehmen. Dabei ist auf der Einweisung mittels Hinweis „nimmt am DMP teil“ oder „nimmt nicht am DMP teil“ zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.4 der Anlage 13 genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Die Kostenträger werden sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 8 entsprechend.

§ 10d Besondere Aufgaben der DSP zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie

Auf Grundlage der Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für Westfalen-Lippe werden regelmäßig Pharmakotherapieberatungen durchgeführt und konkrete Wirtschaftlichkeitsziele zur Arzneimittelversorgung von Diabetikern festgesetzt. Die DSP nimmt an diesen Pharmakotherapieberatungen der KVWL/Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe (pharmPRO®) teil und setzt die Empfehlungen der gemeinsamen „Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung“ der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe insbesondere die Wirtschaftlichkeitsziele der Arzneimittelvereinbarung konsequent um. Hierzu gehört beispielsweise auch eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung mit Blutzucker-Teststreifen. Die Diabetesberaterin unterstützt dies durch eine darauf abgestimmte aktive Information der Patienten.

§ 10e
Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung
von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2

Zu den Aufgaben der teilnehmenden Krankenhäuser gehören:

- die stationäre Behandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der jeweiligen Versorgungsinhalte nach der DMP-A-RL,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne dieser Vereinbarung,
- die Rückmeldung an den koordinierenden Arzt unter Angabe therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation. Dies soll möglichst umgehend, spätestens zwei Wochen nach Entlassung erfolgen. Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie sind dabei an den Regelungen der DMP-A-RL auszurichten,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 dieser Vereinbarung einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Übergabe der Patienteninformation über das jeweilige DMP an die teilnahmeberechtigten Versicherten. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erstellt das Krankenhaus die Teilnahme-/Einwilligungserklärung des teilnahmeberechtigten Versicherten und händigt ihm diese bei Entlassung im Original (mit allen Durchschlägen) zur Weitergabe an den von ihm benannten koordinierenden Arzt aus. Bei Bedarf informiert das Krankenhaus die Patienten über die am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzten auf der Basis des Verzeichnisses nach § 9 Abs. 2. Mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung wählt der Versicherte den koordinierenden Arzt für das jeweilige DMP.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 12/13 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der medizinischen Anforderungen nach §137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen nach Ziffer 1.8 der Anlage 12 bzw. 13 dieser Vereinbarung einschließlich der Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 bis 7 dieser Vereinbarung,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

(1) Entsprechend § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde gelegt.

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

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,

- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 17/18 fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 8 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach den Anlagen 17/18 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.
- (5) Die DSP bieten für koordinierende Vertragsärzte ein gemeinsames Qualitätsforum an. Dieses soll mindestens zweimal im Jahr durchgeführt werden. Über die Teilnahme führt die DSP Anwesenheitslisten und stellt diese der KVWL einmal jährlich zum 31.12. und auf Verlangen der Kommission nach § 4c zur Verfügung.
- (6) Die DSPn sollen an einem etablierten Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen.
- (7) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Vertragsärzten erteilten Aufträge nur von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten mit entsprechenden Genehmigungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien) erbracht werden.

§ 13 Vertragsmaßnahmen

- (1) Verstößt der koordinierende Arzt bzw. der fachärztlich qualifizierte Arzt gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung und/oder erfüllt die Anforderungen an die Strukturqualität nicht (mehr), löst dieses folgende Maßnahmen aus:
1. keine Vergütung für nicht vertragsgemäße Dokumentationen,
 2. auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Arzt bzw. den fachärztlich qualifizierten Arzt, die

vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,

3. sofortiger und fristloser Ausschluss des koordinierenden Arztes bzw. fachärztlich qualifizierten Arztes von der Teilnahme durch Widerruf der Genehmigung, wenn er die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Maßnahme nach Ziffer 2 weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.
- (3) Die Teilnahme von Krankenhäusern kann mit sofortiger Wirkung widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht mehr erfüllt werden oder die Mitarbeiter des Krankenhauses die medizinischen Vorgaben nach Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL nicht beachten. Vor Beschlussfassung durch die Verbände der Krankenkassen wird die KGNW informiert. Diese wird das Krankenhaus um Stellungnahme bitten und mit diesem den Sachverhalt mit dem Ziel erörtern, festgestellte Mängel umgehend abzustellen; über das Ergebnis informiert die KGNW die Verbände der Krankenkassen innerhalb von 8 Wochen. Der Bericht der KGNW sowie die Stellungnahme des Krankenhauses sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls aktualisieren die Verbände das Teilnahmeverzeichnis nach § 9 Abs. 2.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14
Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines zugelassenen DMP ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffern 1.2 der Anlage 1 bzw. 3.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL , sowie
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten und
 3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können,
 - dass Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten
- vorliegen.

- (2) Ergänzend zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu prüfen. Danach können Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 in das DMP eingeschrieben werden, wenn - zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Voraussetzungen - eine In-

sulinsubstitution und Stoffwechselfbstkontrolle gemäß Ziffer 1.3.4 der DMP-A-RL eingeleitet oder durchgeführt wird.

- (3) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 gehört, dass die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 13 dieser Vereinbarung gesichert ist oder eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten bereits vorliegt.
- (4) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.
- (5) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) nehmen nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 teil. Die Förderung der Qualität der Versorgung von Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes wird gleichwohl durch DSPn sichergestellt (vgl. Anlage 22).

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten zur Unterstützung der koordinierenden und fachärztlich qualifizierten Ärzte entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL bzw. § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch Patienteninformationen (vgl. Anlage 19), über das Behandlungsprogramm. Der Versicherte bestätigt Erhalt und Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung (vgl. Anlage 19).
- (2) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL bzw. § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 16 beim koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das jeweilige Behandlungsprogramm sind folgende Unterlagen notwendig:
 1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 19 mit Bestätigung und Unterschrift des koordinierenden Arztes, dass die angegebene Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind; insbesondere

erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL bzw. Anlage 13 dieser Vereinbarung genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann sowie

2. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.

- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach §§ 3 ff. an der Vereinbarung teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 19 sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 26 weiterleitet. Die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

- (5) Wenn sich der Versicherte zur Einschreibung in das DMP direkt an seine Krankenkasse wendet, kann diese für den Patienten - nach Information über die teilnehmenden Ärzte - einen koordinierenden Arzt vermitteln, damit die nach Absatz 3 notwendigen Unterlagen erstellt und übermittelt werden können.

- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen.

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

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL bzw. § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlagen 19) erklärt der Versicherte auf der Teilname/Einwilligungserklärung nach Anlage 19 seine Teilnahme an dem DMP und sein Einverständnis zur Freigabe der erforderlichen Daten. Dies gilt auch, wenn der Versicherte bereits an einem anderen DMP nach § 137f SGB V teilnimmt. Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird die Teilnahmeerklärung des Versicherten von seinem gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse nach § 15 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen; die Form der Kündigung richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet in den Fällen des § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.

Die Beendigungsgründe sind im Einzelnen:

- der Versicherte erfüllt die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr,
- der Versicherte hat innerhalb von 12 Monaten zwei der in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen,
- zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, sind nicht innerhalb der Dokumentationsfrist übermittelt worden.

- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet ferner mit dem Tag des Endes der Mitgliedschaft des Versicherten (Kassenwechsel) bzw. mit dem Tag der Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung des DMP nach § 137g SGB V. Bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse, die sich nicht über mehr als 6 Monate erstreckt, kann die Teilnahme am DMP aufgrund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt Absatz 3 entsprechend. Im Übrigen ist eine erneute Einschreibung möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 26. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt.

§ 19

Meldung der Krankenkassen

Die Verbände der Krankenkassen können der KVWL quartalsweise die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken übermitteln.

Abschnitt VI - Schulungen

§ 20

Schulung, Information der Ärzte

- (1) Die Krankenkassen und die KVWL informieren die teilnahmeberechtigten koordinierenden Ärzte sowie DSPn über Ziele und Inhalte der DMP Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten hierzu ein Magazin der KVWL und bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 dieser Vereinbarung.
- (2) Die Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Partner dieser Vereinbarung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (3) Die in den Anlagen 1 a bis 6 (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVWL nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10 dieser Vereinbarung einzubeziehen.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 21

Schulung, Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP insbesondere durch die Patienteninformation nach Anlage 19. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Grundsätzlich erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm nach Anlage 23. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Schulungsmaßnahmen sind für Patienten vorgesehen, 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.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10 dieser Vereinbarung, einzubeziehen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, muss verzichtet werden.
- (4) Die KVWL stellt sicher, dass Schulungen nur unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass sämtliche Strukturvoraussetzungen nach Anlage 23 erfüllt werden. Hierzu verpflichtet die KVWL die durchführenden Praxen, u. a. Änderungen des Schulungspersonals der KVWL umgehend anzuzeigen.

Abschnitt VII
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und
Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 c RSAV

§ 22
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Partner dieser Vereinbarung haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V in Westfalen-Lippe Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V in Westfalen-Lippe um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 23
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 8 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVWL und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 17/18 weiterzuleiten.

- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 26 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle nach § 26 mit der Durchführung der in den Absatz 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 24

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV in Westfalen-Lippe. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung in Westfalen-Lippe um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 25

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 17/18 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- 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,
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Abschnitt VIII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 26

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben. Soweit die Arbeitsgemeinschaft als Datenstelle fungiert, übernimmt sie die unter Absatz 3, 4 und 6 beschriebenen Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Absatz 6 genannten Aufgaben genehmigt der Vertragsarzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 10 den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt, und beauftragt die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle (soweit sie diese Funktion nicht selbst wahrnimmt) mit folgenden Aufgaben:
 - Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:

- Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, wird der hierzu nach § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BVA unmittelbar übermittelt.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (vgl. Anlage 10) des Vertragsarztes nach § 3 ff. beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL für die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

§ 27

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Ärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL entsprechend den Empfehlungen zur Dokumentationsfrequenz nach Anlage 16 fest, welches Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

- (3) Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL werden nach Maßgabe der Dokumentationsintervalle nach Absatz 2 grundsätzlich am Behandlungstag erstellt. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von 10 Tagen nach Erstellung der Dokumentation vorliegen. Hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle nach § 26 versandt.

§ 28

Datenfluss und Datenstelle

- (1) Der nach § 3 ff. koordinierende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6,
 1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und

 2. die vollständige Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL

innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 an die Datenstelle nach § 26 weiterzuleiten. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer (maximal sieben Ziffern). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Der Versicherte willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung in die Datenübermittlung schriftlich ein. Er wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung seiner Dokumentation informiert.
- (3) Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Arzt nach § 3 innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 26.

§ 29

Datenzugang

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 26 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.
- (2) Die nach § 26 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 38 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
 1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationsdaten,
 2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
 3. schriftliche Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das DMP; die jeweilige Krankenkasse und die KVWL verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen Information,

4. schriftliche Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
5. notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Weitergabe von Erkenntnissen zur Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung.

Weitere Nutzungszwecke bedürfen im Interesse der Behandlungserfolge der Abstimmung unter den Vertragspartnern.

- (3) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 2 und § 2a der DMP-AF-Richtlinie genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 30

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVWL und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen gesetzlichen Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt IX

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 31

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten (vgl. Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL) an die Gemein-

same Einrichtung.

- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die pseudonymisierten Dokumentationsdaten (vgl. Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL) an die KVWL.

§ 32

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVWL und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben nach dieser Vereinbarung bzw. einem zugelassenen DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 33

Datenaufbewahrung und -löschung

Die übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten, Datensätze der Dokumentationen und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KVWL und der Gemeinsamen Einrichtung gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.

Abschnitt X - Evaluation

§ 34

Evaluation

- (1) 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.

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

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 35

Vertragsärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 36 nach Maßgabe des EBM und sind mit der in der Honorarvergütungsvereinbarung mit der KVWL definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten.
- (2) Die Vertragspartner werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der DMP zurückzuführen ist; ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen wegen der Leistungsmenge verhandeln.

§ 36

Qualitätsorientierte Vergütung

- (1) Für die Erbringung der Leistungen zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern werden folgende qualitätsorientierte Vergütungen vereinbart:
1. DMP-Leistungen nach Anlage 21,
 2. Versorgung durch DSPn nach Anlage 22,
 3. Patientenschulungen nach Anlage 23.
- (2) Details zur Abrechnungsprüfung sind in den Anlagen 21 bis 23 erläutert.

- (3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden entsprechend den Honorarverträgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und schließen eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Vereinbarung aus.
- (4) Die KVWL sorgt dafür, dass die Vergütungen aus dieser Vereinbarung gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
- (5) Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVWL einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen (z.B. Ausweis der Vergütungen im Formblatt 3, Excel-Tabelle mit Arzt-/Versichertenbezug).
- (6) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (7) Krankenkassen oder ihre Verbände können der KVWL Verzeichnisse ihrer eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken übermitteln.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 37

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen.

§ 38

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt nach den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.
- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Vertragsarzt versichertenbezogene Unterstützung bei der Durchführung der DMP an.
- (3) Soweit die Krankenkassen aufgrund von arzt-/versichertenbezogenen Informationen im Rahmen der Versorgungsoptimierung tätig werden (z.B. Gesundheits-Coaching, Gesundheitstipps, Reminderprozesse), erfolgt dies im Sinne der zwischen Arzt und Patient vereinbarten Behandlungsziele.
- (4) Verhaltensweisen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Abstimmung nach Absatz 3 Satz 2 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Vertragsarzt der KVWL und von der Krankenkasse ihrem Verband mitzuteilen. Die KVWL und der betroffene Verband entscheiden über eine bilaterale Klärung oder Einberufung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 39.
- (5) Die KVWL und die Verbände der Krankenkassen werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

§ 39

Gemeinsamer Ausschuss

- (1) Zur Klärung von Auslegungsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Beratung bei Verstößen gegen diese Vereinbarung bilden die Partner dieser Vereinbarung einen Gemeinsamen Ausschuss.

- (2) Der Gemeinsame Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern der KVWL und der Verbände der Krankenkassen besetzt. Eine Einberufung erfolgt bei Bedarf.
- (3) Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses werden einvernehmlich getroffen.

§ 40

Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2017 in Kraft und löst die DMP-Vereinbarungen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in der Fassung vom 05.06.2015 ab.
- (2) Die Anwendung der Regelungen dieser Vereinbarung in Bezug auf die jeweilige Krankenkasse setzt voraus, dass diese über ein zugelassenes DMP verfügt. Die Regelungen dieser Vereinbarung zum Datenfluss (Abschnitt VII bis IX) sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen erfolgen müssen, werden unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen.
- (4) Sollten sich aufgrund der vorgenannten Änderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte in den Anlagen 12 und 13 Änderungen ergeben, so sind die Leistungserbringer über diese Änderungen zu unterrichten.
- (5) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig; dies gilt auch für das Teilnahmeverfahren DSP/diabetologisch besonders qualifizierter Pädiater.
- (6) Die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 und die zu deren Durchführung geschlossenen Verträge sind innerhalb der Fristen nach § 137g Abs. 2 SGB V anzupassen.

- (7) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Regelungen zur Vergütung (vgl. § 36 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. den Anlagen 21 bis 23) können unabhängig von dieser Vereinbarung mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (8) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner nach erfolgloser Erörterung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39 mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 38 Abs. 3 sein. Ferner kann die Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP gekündigt werden.

§ 41

Schriftform

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

§ 42

Salvatorische Klausel

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