

Vereinbarung

**zur Durchführung des strukturierten
Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Diabetes mellitus Typ 1
in der Fassung des Nachtrags vom 01.04.2018**

zwischen

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
vertreten durch den Vorstand,

**dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen**
vertreten durch den Vorstand
für die diesem Vertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen,

der IKK classic

den Ersatzkassen

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

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V., (vdek)**
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,**

**der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt**

(nachstehend „die Krankenkassen in Hessen“ genannt)

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt**
vertreten durch den Vorstand

(nachstehend „KV Hessen“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch besonders qualifizierten Arztes/Einrichtung (koordinierender Versorgungssektor)
- § 4 Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung
- § 18 Versichertenverzeichnisse

Abschnitt VI – Schulung

§ 19 Schulungen für teilnahmeberechtigte Leistungserbringer

§ 20 Schulungen für Versicherte

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkasse, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Übersicht der Anlagen

Erläuterungen

1. **Arbeitsgemeinschaft** ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30.
2. **Ärzte** sind die Vertragsärzte/-innen i.S.d. § 3, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Einrichtungen sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
3. **BVA** ist das Bundesversicherungsamt.
4. **Datenstelle** ist eine solche i.S.d. § 21.
5. **DMP** sind Disease-Management-Programme, d.h. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V mit der jeweiligen kassenspezifischen Bezeichnung unter der sie den Versicherten seitens der Krankenkasse vorgestellt werden.
6. **DMP-A-RL** ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
7. **DMP-AF-RL** ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie
8. **DMP-RL** ist die DMP-Richtlinie
9. **Dokumentationsdaten der 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.
10. **G-BA** ist der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 91 SGB V.
11. **Gemeinsame Einrichtung** ist eine solche i.S.d. §§ 31, 32.
12. **Koordinierender Hausarzt** ist ein solcher im Sinne des § 3.
13. **Koordinierender Arzt** ist ein solcher i.S.d. § 3.
14. **Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung** beziehen sich auf diesen Vertrag.
15. **Patient** sind weibliche und männliche Patienten.
16. **RSAV** ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
17. **Versicherte** sind weibliche und männliche Versicherte.
18. **Vertragsärzte** sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen i.S.d. § 3, ggf. anstellende Ärzte.

Allgemeiner Hinweis:

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

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden DMP genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden, die auf der DMP-A-RL, der DMP-AF-RL, der DMP-RL bzw. der RSAV beruhen. Daher schließen die Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 73a SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1.

Die Prävalenz (Häufigkeit) des Diabetes mellitus schwankt zwischen 3 v.H. und 6 v.H. der Bevölkerung: 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 Diabetes mellitus Typ 1 häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

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. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Diabetes mellitus Typ 1 wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 kann der Diabetes mellitus Typ 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin behandelt werden. Hierdurch wird den Menschen mit Diabetes mellitus Typ 1 eine weitgehend normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht. Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie mittels multipler Insulininjektionen oder Insulinpumpe ermöglicht bei freier Nahrungswahl die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung. Durch die intensivierte Insulintherapie kann die Prognose von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erheblich verbessert und eine flexible Lebensführung ermöglicht werden.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 1 zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Dies wird u.a. durch eine optimierte Koordination von Diagnostik, Therapie und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten unterstützt.

Vor diesem Hintergrund bietet der Diabetes mellitus Typ 1 eine Reihe von Ansatzpunkten dafür, dass von der Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms Verbesserungen der Versorgungsqualität erwartet werden können.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie Änderungen der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014. Das Versorgungsangebot 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.

Abschnitt I

Ziel, Geltungsbereich

§ 1

Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die Ärzte, Einrichtungen und die Krankenkassen in Hessen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Region Hessen hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und der DMP-A-RL festgelegt. Entsprechend Anlage 7 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:
 1. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehhinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 2. Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
 3. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
 4. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 5. Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien¹).
- (3) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren stehen entsprechend Ziffer 1.7.1 Anlage 7 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
 1. Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
 2. 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,
 3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
 4. 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, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.
- (4) Generell geht es dabei um die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, die Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie die Erhöhung der Lebenserwartung.

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

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für:
 1. Ärzte in der Region der KV Hessen und Einrichtungen, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
 2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen in Hessen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Hessen darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KV Hessen, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KV Hessen informiert die teilnehmenden Ärzte.
- (2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV Hessen informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 sowie des Absatzes 2 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (4) Der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung gemäß §§ 72,75 SGB V bleibt von dieser Vereinbarung unberührt.
- (5) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL und insbesondere die DMP-A-RL. Sollten sich aufgrund nachfolgender RSA-ÄndV oder auf Grund von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.

Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des/r diabetologisch besonders qualifizierten Arztes/Einrichtung (koordinierender Versorgungssektor)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 35 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte und Einrichtungen. Es kann sich dabei um:
 1. einen vertragsärztlich zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder ein zugelassenes Medizinisches Versorgungszentrum
 2. eine qualifizierte Einrichtung, die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt isthandeln, die die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllt. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) In Einzelfällen kann als koordinierender Arzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt teilnehmen. (Die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 dieses Vertrages entscheidet in Abhängigkeit von der strukturellen und regio-

nalen Versorgungssituation über die Teilnahme eines solchen Arztes). Er muss die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ erfüllen. Die Betreuung der Versicherten muss weiter in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung nach Absatz 2 erfolgen. Der gewählte Arzt beachtet die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.8.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht.

- (4) Abweichend von den Absätzen 2 und 3 erfolgt die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ, durch:
1. einen diabetologisch qualifizierten Pädiater/pädiatrische Einrichtung oder
 2. einen Pädiater in enger Kooperation mit einem Diabetologen oder
 3. einem Diabetologen in enger Kooperation mit einem Pädiater,

wenn Sie die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Arzt/qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ erfüllen.

In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfahrenen, diabetologisch besonders qualifizierten Arzt/Einrichtung erfolgen, sofern die Strukturqualität gemäß Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ erfüllt ist (Die gemeinsame Einrichtung nach § 31 dieses Vertrages entscheidet in Abhängigkeit von der strukturellen und regionalen Versorgungssituation über die Teilnahme eines solchen Arztes).

- (5) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme des Arztes gegenüber der KV Hessen nachgewiesen werden. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der Kassenärztlichen Vereinigung vom anstellenden Arzt bzw. Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 7a beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ zur Teilnahmeerklärung) mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte/Einrichtungen gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere die vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL.
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII.
 3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
 4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen.
 5. die Beachtung der Überweisungsregeln gemäß Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“. In den Einzelfällen, in denen der Hausarzt der koordinierende Arzt ist, sind zusätzlich die Kooperationsregeln gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ zu beachten.

6. soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Versicherten nicht ausreicht, die Überweisung an andere qualifizierte Leistungserbringer zur Mitbehandlung, insbesondere solcher, die am Vertrag teilnehmen. Das gilt insbesondere für die Behandlung des diabetischen Fußes, bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft und zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
7. bei Vorliegen einer Indikation zur Einweisung in ein Krankenhaus, ist in das (nächstgelegene) geeignete am Vertrag teilnehmende Krankenhaus entsprechend der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Überweisung und Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung und mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlage 2 „Strukturqualität Krankenhaus“ des Krankenseinbindungsvertrages zu Beginn der Teilnahme zu erfüllen und die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Die teilnehmende Rehabilitationseinrichtung² verpflichtet sich, die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL zu beachten, die fachliche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 und die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bzw. der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.
- (3) Der Abschnitt XI zur Vergütung und Abrechnung gilt nicht. Hier kommen für Krankenhäuser die geltenden gesetzlichen Regelungen zur Anwendung. Für Rehabilitationseinrichtungen gelten die Regelungen nach SGB V und SGB IX.
- (4) Soweit der Bedarf an Schulungen nach § 20 durch ambulante Leistungserbringer nicht abgedeckt ist, können auch Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 4 zur Durchführung ambulanter Schulungen berechtigt werden. Näheres hierzu wird im Rahmen der vertraglichen Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Zur Koordination der Schulungsmaßnahmen wird vor Erteilung derartiger Berechtigungen das Benehmen mit der KV Hessen hergestellt.

² Der Rehabilitationseinbindungsvertrag ist veröffentlicht auf <http://www.kvhessen.de>

§ 5 Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt oder die Einrichtung erklärt sich unter Angabe der Funktion als koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung nach § 3 und ggf. seiner Zusatzqualifikationen gegenüber der KV Hessen schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 7 „Teilnahmeerklärung Arzt/qualifizierte Einrichtung“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung das anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 7a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Hessen kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung (Anlage 7) weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahme ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Der Arzt/die Einrichtung genehmigt als koordinierender Arzt/koordinierende Einrichtung mit seiner/ihrer Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht in Vertretung für ihn/sie mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen in Hessen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt er/sie die Arbeitsgemeinschaft Diabetes mellitus Typ 1 in Hessen, in seinem/ihrer Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen wird von der KV Hessen für die Ärzte und von der Krankenkasse für die weiteren Leistungserbringer entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß § 3 und der Schulungsberechtigungen entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 20 Absatz 3 Satz 1 geprüft. Auf der Grundlage des Prüfergebnisses entscheidet die KV Hessen im Einvernehmen mit der Krankenkasse über die Teilnahme der Ärzte und die Krankenkasse über die Teilnahme der weiteren Leistungserbringer.

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes/der Einrichtung am Programm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV Hessen bestätigt.
- (2) Der Arzt/die Einrichtung kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hessen kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Die KV Hessen informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (3) Die Teilnahme des Arztes/der Einrichtung endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Hessen.
- (5) Endet oder ruht die Teilnahme des Arztes/der Einrichtung, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 zu veranlassen.
- (6) 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 Leistungserbringer 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 in der Anlage beigefügten Formular (Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“).
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 führt die KV Hessen ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Hessen stellt dieses Verzeichnis der Krankenkasse und der Gemeinsamen Einrichtung bei jeder Änderung, insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte, in elektronischer Form, z.B. Excel-Datei, nach der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ schnellstmöglich, mindestens einmal wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen in Hessen führen ein Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“, soweit sie nicht vertragsärztlich zugelassen sind. Dieses Verzeichnis wird den am Vertrag teilnehmenden Ärzten von der KV Hessen mit jeder Änderung zugänglich gemacht.
- (3) Das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis nach den Absätzen 1 und 2 stellen die Krankenkassen in Hessen dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung und
 3. der Datenstelle nach § 21 zur Verfügung gestellt.
- (5) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis mit Zustimmung der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 7 „Teilnahmeerklärung Arzt/qualifizierte Einrichtung“ erteilt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert und Grundlage dieses Vertrages. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß den Versorgungsinhalten der Anlage 7 der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (3) Die Anforderungen an die Behandlung sind in Ziffer 1 der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der Anlage 7 der DMP-A-RL unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

- (1) Die Qualitätssicherung erfolgt auf Basis der in der Anlage 8 der DMP-A-RL genannten Daten. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 14 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:
 1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
 2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
 3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL,
 4. Einhaltung der mit diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 20,
 5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und
 6. aktive Teilnahme der Versicherten.
- (2) Die Vertragspartner sind sich einig, dass eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittel-Therapie im Rahmen des DMP-Vertrags einschließlich Folgeerkrankungen und Komorbiditäten gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL bei der Richtgrößenprüfung bzw. Durchschnittsprüfung im Sinne einer Praxisbesonderheit für die eingeschriebenen Versicherten anzuerkennen ist.

Sollte zukünftig eine Korrektur der Richtgrößen oder eine Bereinigung der vom Arzt veranlassten Arznei- und Heilmittelausgaben um die in einem DMP eingeschriebenen Versicherten erfolgen, erübrigt sich eine Bewertung dieser Ausgaben im Sinne einer Praxis-

besonderheit.

Die Kriterien einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie die Bewertung der Zielerreichung und die hierfür erforderlichen Maßnahmen werden im Hinblick auf Versicherte, die in einem DMP eingeschrieben sind, in der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 32 Abs. 1 Nr. 2 vereinbart.

Wird das vereinbarte Ziel einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie bei Versicherten, die in einem DMP eingeschrieben sind, nicht erreicht, so entfällt die Anerkennung im Sinne einer Praxisbesonderheit gem. Satz 1.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Anlage 7 Ziffer 2 der DMP-A-RL sind diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 14 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 7 Ziffer 2 der DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV Hessen ergeben, herangezogen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 14 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben

- (1) Im Rahmen des DMP sind sich die Vertragspartner darüber einig, gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern, die gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen, wirksame Maßnahmen zu ergreifen.
- (2) Verstößt der Arzt oder die Einrichtung gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgen insbesondere nachfolgende Sanktionen:
 1. keine Vergütung von unvollständigen/unplausiblen/verspäteten Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 2. Aufforderung durch die KV Hessen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. nicht fristgerechte bzw. keine Übersendung der Dokumentationen),
 3. auf Antrag eines Vertragspartners Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Hessen. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte).

4. der Leistungserbringer kann von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden, wenn er die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss eines Leistungserbringers entscheidet die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen (z.B. Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, kein Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL Ziffer 3 bis 3.2 erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt/Einrichtung entsprechend Ziffer 1.2 (Diagnostik) Anlage 7 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 3. die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28 f Absatz 2, Satz 1 Nr.1 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
 4. die erfolgte Prüfung durch den Arzt, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann, gem. Ziffer 3 Anlage 7 der DMP-A-RL.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an den verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (4) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses DMP aufgenommen
- (5) Spezielle Teilnahmevoraussetzungen werden in der Anlage 7 der DMP-A-RL geregelt.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen in Hessen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Leistungserbringer ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Datenschutzinforma-

tion und die Patienteninformation entsprechend der Anlagen 9, 10 und 11, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.

- (2) Koordinierende Ärzte und Einrichtungen, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs.1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt/Einrichtung einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation der Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ durch den behandelnden koordinierenden Arzt/Einrichtung,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt/die Einrichtung, dass er/sie geprüft hat, ob sein/ihr Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist, und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt oder die koordinierende Einrichtung. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Leistungserbringer nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (5) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich grundsätzlich für nur einen koordinierenden Arzt/Einrichtung entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen in Hessen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Leistungserbringer verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (7) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt/der koordinierenden Einrichtung schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Wechselt der Versicherte seine Krankenkasse, so kann er, wenn die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, sich erneut in das DMP einschreiben lassen. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Neueinschreibung vorzunehmen.

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach intensiver Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage 10 „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkassen in Hessen gemäß § 14 Absatz 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Absatz 7.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder die Einwilligung gemäß Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ jederzeit schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Der Versicherte scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Eingang des Widerrufsschreibens bzw. des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 1. der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse, sofern er in diesem keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
 3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang des Widerrufsschreibens bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels, außer wenn der Versicherte, der vorübergehend bei einer anderen Krankenkasse versichert war, innerhalb von 6 Monaten zu seiner früheren Krankenkasse zurückkehrt; im Übrigen gelten die Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV,
 5. der letzten gültigen Dokumentation, wenn innerhalb von 12 Monaten zwei der nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden,
 6. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 der RSAV genannten Frist übermittelt worden sind und
 7. der letzten Dokumentation bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV.Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt/die Einrichtung schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt oder die koordinierende Einrichtung nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt oder die koordinierende Einrichtung erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und sendet die vollständige Folgedokumentation an die Datenstelle gemäß § 21.

Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.

§ 18

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen in Hessen übermitteln der KV Hessen bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI Schulung

§ 19

Schulungen für teilnahmeberechtigte Leistungserbringer

- (1) Die Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des 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 Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen werden gem. der DMP-A-RL vermittelt und zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL ab. Die schriftlichen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn entsprechen der DMP-A-RL. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Leistungserbringer.
- (3) Die in den Anlagen 1, 2 und 3 der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Hessen nachzuweisen. In diese Fortbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß der Anlage 7 der DMP-A-RL einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20 Schulungen für Versicherte

- (1) Die Krankenkassen in Hessen informieren anhand des Patientenmerkblattes, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Datenschutzinformation entsprechend der Anlagen ihre Versicherten im Sinne der Anlage 7 der DMP-A-RL, Ziffer 3 über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 1. Daneben werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten 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.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Es verfolgt das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Leistungserbringer nach § 3 und § 4, die gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (5) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten Versorgungsinhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlage 7 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen grundsätzlich auf Inhalte verzichtet werden, die im Widerspruch zur DMP-A-RL stehen.
- (6) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 5 „Patientenschulung“ genannten Schulungsprogramme genutzt.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkasse, die koordinierenden Ärzte und Einrichtungen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21 Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
 1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL elektronisch gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,

3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder un-plausibler Dokumentationsdaten,
 4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Krankenkassen,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Hessen, nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung,
 7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenzentren der Krankenkassen in Hessen.
- Das Nähere regeln die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen.
- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes/der koordinierenden Einrichtung gemäß § 3 beinhaltet die Genehmigung des in seinem/ihrem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er/sie die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm/ihr erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Krankenkassen in Hessen den bereits teilnehmenden koordinierenden Ärzten und Einrichtungen gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

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

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Leistungserbringer,
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung der Dokumentation auf elektronischem Weg per e-Mail (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes an die Datenstelle weiterzuleiten). Zugleich verpflichtet es sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu über-

mitteln. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“ – „9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 ist zur vollständigen und plausibilitätsgeprüften elektronischen Datenerfassung und Weiterleitung per E-Mail verpflichtet. Er hält ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahme die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vor.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig schriftlich in die Datenübermittlung ein und wird schriftlich durch den für ihn vorgesehenen Durchschlag des Dokumentationsbogens über die übermittelten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL unterrichtet.
- (4) Die elektronische Dokumentation ist gemäß den Vorgaben der Berufsordnung für Ärzte vom Arzt aufzubewahren und nach Ablauf dieser Fristen zu vernichten. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der koordinierende Arzt auf Anforderung dieses Exemplar der Prüfbehörde zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

§ 24 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des Arztes/der Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.

Abschnitt VIII Datenfluss an die Krankenkasse, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26 Datenfluss

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Arzt/die koordinierende Einrichtung, bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 über die Datenstelle an die Krankenkassen in Hessen weiterzuleiten.
- (2) Bei einem Wechsel des Leistungserbringers nach § 17 übermittelt der neue koordinierende Leistungserbringer die Folgedokumentation des Versicherten über die Datenstelle an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen in Hessen.

- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen in Hessen.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen in Hessen.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (6) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV Hessen.

§ 27

Datenzugang

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

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen in Hessen, der KV Hessen und der Gemeinsamen Einrichtung 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem besonderen Vertrag geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 c RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Hessen und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung

nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 14 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 Nr. 1 c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser legt insbesondere fest, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 14 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 4. 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 und
 5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung definiert die Anforderungen an die Diabetes spezifische Fortbildung entsprechend Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“, der Anlage 2 „Strukturqualität qualifizierter Arzt/qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ sowie der Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X Evaluation

§ 33 Evaluation

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

Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen im Rahmen der berechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in seiner jeweils gültigen Fassung und sind mit der durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den §§ 87a - d SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.

§ 35 Sondervergütung

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KV Hessen. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständig, fristgemäß und plausibel elektronisch übermittelte Dokumentation (gemäß den akkreditierten Verfahrensvorgaben) gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte und Einrichtungen nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses	25,00 €	Ziffer 92151
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses	15,00 €	Ziffer 92152
Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP)	Einmalig je weiteres DMP 5,- €	Ziffer 92153

Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP	jeweils 2,50 €	Ziffer 92154
---	-------------------	-----------------

- (3) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität nach § 106a Abs. 3 Ziffer 2 SGB V einer gesicherten Diagnose im Sinne von § 28d Abs. 1 Ziffer 1 RSAV Voraussetzung.

Wurde vom koordinierenden Arzt/der koordinierenden Einrichtung gemäß Anlage 12 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ „quartalsweise“ als Dokumentationsintervall bei der Folgedokumentation angegeben, wird pro Patient und Quartal jedem Arzt höchstens eine Dokumentation vergütet. Für die Erstdokumentation wird einmalig die Abrechnungsziffer 92151 pro Fall vergütet.

Wurde vom koordinierenden Arzt/der koordinierenden Einrichtung gemäß Anlage 12 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ „jedes zweite Quartal“ als Dokumentationsintervall angegeben, wird pro Patient und zwei Quartalen höchstens eine Folgedokumentation vergütet.

- (4) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt/Einrichtung einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen für die von den jeweiligen Krankenkassen gemeldeten, zu diesem Zeitpunkt korrekt eingeschriebenen Versicherten unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KV Hessen innerhalb von maximal 10 Kalendertagen nach Ende des Dokumentationsquartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle eine Liste der je Arzt/Einrichtung vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen ihrer korrekt eingeschriebenen Versicherten. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KV Hessen.
- (5) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß § 20 erfüllen und eine Abrechnungsgenehmigung erhalten haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Schulungen wie folgt vergütet. Das beim Patienten verbleibende, zwischen den Vertragspartnern abgestimmte Schulungsmaterial wird von den Verbänden der Krankenkassen in Hessen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Abgabe des Schulungsmaterials erfolgt über die KV Hessen. Die Ziffern zur Abrechnung sind im Folgenden aufgeführt:
- (6) Die Schulungen werden je Patient wie folgt vergütet:

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage. Nicht abrechenbar neben: Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) bzw. IPM	4 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten in Kleingruppen von bis zu 4 Patienten. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.	25,50 € je UE/Patient	92191
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage.	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)	25,50 € je UE/Patient	92191 E 92191 N

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
Nicht abrechenbar neben: Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) bzw. IPM	Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der Anlage 15		92191 W 92191 V
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92192
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	3 bis 4 Unterrichtseinheiten von 90 bis 120 Minuten Dauer, in Gruppen von 4 bis 6 Personen. In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92193
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92193 E 92193 N 92193 W 92193 V
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92194
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensi-	12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten, bis	25,50 € je UE/Patient	92201

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungs-Ziffer
vierte Insulintherapie ICT für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP) Dieses Schulungsprogramm ist für das DMP DM1 noch für eine Übergangsphase von einem Jahr nach Laufzeitbeginn der Regelung abrechenbar. Nicht abrechenbar neben: PRIMAS	zu 4 Patienten. Schulungszeitraum bis zu 4 Wochen. Einzelschulungen Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der Anlage 15		92201 E 92201 W 92201 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 12. UE ICT-Schulung *)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 12 Unterrichtseinheiten	150,00 € *) jeweils nur einmal ansetzbar	92201 Q
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie ICT für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP) Dieses Schulungsprogramm ist für das DMP DM1 noch für eine Übergangsphase von einem Jahr nach Laufzeitbeginn der Regelung abrechenbar. Nicht abrechenbar neben: PRIMAS	Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Entsprechend der Anlage 15	38,00 € je UE/Patient	92201 N
Schulungsmaterial für die ICT-Schulung	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92202
Diabetes Buch für Kinder	8 Unterrichtseinheiten á 90 Minuten in Form einer individuellen Schulung mit flexiblem Eingehen auf die Aufnahmefähigkeit	25,50 € je UE/Patient	92203

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
	und den Lernfortschritt des einzelnen Kindes. für 6 bis 11 jährige Kinder mit Diabetes mellitus		
Diabetes Buch für Kinder	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92203 E 92203 N
Schulungsmaterial Kinder	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92204
Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	max. 16 UE á 90 Minuten, in Kleingruppen von 4 bis zu 10 Personen für 12 bis 18 jährige Jugendliche	25,50 € je UE/Patient	92205
Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der	25,50 € je UE/Patient	92205 E 92205 N 92205 W 92205 V

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
	Anlage 15		
Schulungsmaterial Jugendliche mit Diabetes	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92206
LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin	5 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten, in Gruppen mit bis zu 10 Personen	25,50 € je UE/Patient	92241
LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin	<p>Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)</p> <p>Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Entsprechend der Anlage 15</p>	25,50 € je UE/Patient	<p>92241 E 92241 N</p> <p>92241 W</p> <p>92241 V</p>
Schulungsmaterial LINDA mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92242
<p>Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: HyPOS</p>	<p>8 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten, in Gruppen mit bis zu 8 Personen</p> <p>Nur als Ergänzung einer Basisschulung.</p> <p>Einzelschulungen Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p>	25,50 € je UE/Patient	<p>92243</p> <p>92243 E 92243 W</p> <p>92243 V</p>

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungs-Ziffer
	Entsprechend der Anlage 15		
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 8. UE (letzte Schulung) BGAT*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 8 Unterrichtseinheiten	100,00 € *) jeweils nur einmal ansetzbar	92243 Q
Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) Nicht abrechenbar neben: HyPOS	Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Entsprechend der Anlage 15	38,00 € je UE/Patient	92243 N
Schulungsmaterial BGAT	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	Ziffer 92244
HyPOS Nicht abrechenbar neben: BGAT	5 Unterrichtseinheiten à 90 bis 120 Minuten, in Gruppen mit bis zu 6 Personen Nur als Ergänzung einer Basisschulung. Einzelschulungen Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Entsprechend der Anlage 15	25,50 € pro Unterrichtseinheit/Patient	92245 92245 E 92245 W 92245 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 5. UE (letzte Schulung) HyPOS *)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 5 Unterrichtseinheiten	62,50 € *) jeweils nur einmal ansetzbar	92245 Q
HyPOS Nicht abrechenbar neben: BGAT	Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Entsprechend der Anlage 15	38,00 € je UE/Patient	92245 N

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
Schulungsmaterial HyPOS	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92246
<p>Modulare Bluthochdruckschulung – IPM (Institut für Präventive Medizin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. HBSP</p>	<p>Das Programm besteht aus max. fünf Unterrichtseinheiten (Module). Eine UE (Modul) dauert 180 Minuten und wird in Kleingruppen von 6 - 12 Patienten durchgeführt.</p> <p>Der Besuch des Basismoduls 1 ist die Grundlage für die Teilnahme an den anderen Modulen. Der Versicherte kann an den Modulen 2 – 5 in beliebiger Reihenfolge teilnehmen. Nicht jeder Patient muss alle Module absolvieren. Arzt und Versicherter entscheiden jeweils über die Notwendigkeit der Teilnahme an einem einzelnen Modul</p>	51,00 € je UE/Patient	92247
<p>Modulare Bluthochdruckschulung – IPM (Institut für Präventive Medizin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. HBSP</p>	<p>Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)</p> <p>Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Entsprechend der Anlage 15</p>	51,00 € je UE/Patient	<p>92247 E 92247 N</p> <p>92247 W</p> <p>92247 V</p>
Schulungsmaterial IPM	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92248
PRIMAS Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 1	12 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten, 3 bis 8 Patienten.	25,50 € je UE/Patient	92249

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
<p>Diabetiker mit mehrmaliger täglicher Insulininjektion (ICT) oder Insulinpumpentherapie (CSII)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie ICT für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)</p>	<p>Schulungszeitraum 12 Kurseinheiten</p> <p>Einzel Schulungen Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung</p> <p>Entsprechend der Anlage 15</p>		<p>92249 E 92249 W</p> <p>92249 V</p>
<p>Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 12.UE PRIMAS-Schulung *)</p>	<p>Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 12 Unterrichtseinheiten</p>	<p>150,00 € *jeweils nur einmal ansetzbar</p>	<p>92249 Q</p>
<p>PRIMAS Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 1 Diabetiker mit mehrmaliger täglicher Insulininjektion (ICT) oder Insulinpumpentherapie (CSII)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie ICT für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes Teaching and Treatment Programm (DTTP)</p>	<p>Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)</p> <p>Entsprechend der Anlage 15</p>	<p>38,00 € je UE/Patient</p>	<p>92249 N</p>
<p>Schulungsmaterial für PRIMAS Schulung</p>	<p>Abgabe über die KV Hessen</p>	<p>0,00 €</p>	<p>92250</p>
<p>Anmerkung: Die Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn entsprechend § 15 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) die Schulungseinheiten durch den Schulungsarzt erbracht worden sind. Eine Unterrichtseinheit, deren Leistungsinhalt gemäß Abs. 6 nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden. Mit Ausnahme des ICT-Schulungsprogramms sowie des Schulungsprogramms PRIMAS ist pro Tag und Versi-</p>			

Schulungsprogramm-	Leistungen	Vergütung	Abrechnungsziffer
cherten nur eine Unterrichtseinheit abrechenbar.			

- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (8) Die Unterrichtseinheiten einer Schulung sind unter Berücksichtigung des für die jeweilige Schulung vorgegebenen Schulungszeitrahmens in der Regel innerhalb eines Abrechnungsquartals, maximal aber innerhalb von 2 Quartalen, durchzuführen.
- (9) Schulungen können in einem Zeitraum von 8 Quartalen grundsätzlich nicht wiederholt werden. Die KV Hessen stellt in der Anwendung des Regelwerks sicher, dass identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen nicht innerhalb dieses Zeitraums erneut abgerechnet werden. Wiederholungsschulungen (Wiederholung aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), die in Einzelfällen aus medizinischer Sicht vor Ablauf von 8 Quartalen notwendig sind, bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Leistungserbringers und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer mit dem Buchstaben W versehen.

Eine ebenfalls nur in Einzelfällen vorgesehene Nachschulung (max. zwei Unterrichtseinheiten) greift nur einzelne Schulungseinheiten erneut auf, wenn sich herausstellen sollte, dass bestimmte relevante Lerninhalte vom Versicherten noch nicht hinreichend umgesetzt werden konnten.

Nachschulungen bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten formlosen Antrags des Leistungserbringers und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Nachschulungen ggü. der KV Hessen erhält die schulungsspezifische Gebührenordnungsziffer den Buchstaben N

- (10) Schulungen finden in der in Abs. 6 für die jeweilige Schulung lt. Programmbeschreibung angegebenen Größe der Kleingruppe statt. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung bei Vorliegen der Voraussetzungen zugunsten einer Einzelschulung abgewichen werden. Die Kriterien für die Antragstellung wurden unter den Vertragspartnern vereinbart (Anlage 15 „Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen“).
- (11) Identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

Je eingeschriebenem Versicherten ist nur jeweils eine der unter Abs. 5 genannten Schulungen je gesicherter Diagnose („G“) abrechnungsfähig. Bei Veränderung des Krankheitsbildes kann der Versicherte eine weitere, auf das veränderte Krankheitsbild abgestimmte Schulung erhalten.

- (12) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 a – d SGB V. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungsziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus.

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

- (13) Die KV Hessen stellt eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gemäß vorstehender Absätze über das Regelwerk sicher. Zur Prüfung des DMP-Teilnahmestatus von Arzt und Patient nutzt die KV Hessen die von der Datenstelle regelmäßig zur Verfügung

gestellten Informationen und gewährleistet gegenüber den Krankenkassen(-verbänden) in Hessen somit eine vertragskonforme Abrechnung.

- (14) Die Ausweisung der Leistungen nach dieser Vereinbarung im Formblatt 3 erfolgt in der GKV-Kontenart 404, Kapitel 84 (DMP-Schulungen) auf Ziffernebene (Ebene 6) sowie in der GKV-Kontenart 994, Kapitel 84 (Dokumentationen) auf Ziffernebene (Ebene 6).

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch (StGB) ist sicher zu stellen.
- (2) Die Vertragsärzte/Einrichtungen 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 für die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Hessen liefert gemäß § 295 Absatz 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 30.06.2010 in Kraft und ersetzt diese Vereinbarung in der Fassung des 2. Nachtrags vom 01.07.2008. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiedermittelstellung gelten die nach der letzten erforderlich gewordenen Vertragsanpassung abgegebenen Erklärungen weiter.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall bzw. Änderung der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag oder die Anlagen von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 39

Schriftform

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

§ 40

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrags unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Übersicht der Anlagen

- Anlage 1** Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
- Anlage 2** Strukturqualität qualifizierter Arzt/qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Anlage 3** Strukturqualität Hausarzt
- Anlage 4** Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung
- Anlage 5** Patientenschulung
- Anlage 6** unbesetzt
- Anlage 7** Teilnahmeerklärung Arzt/qualifizierte Einrichtung
- Anlage 7a** Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 8** Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 9** Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
- Anlage 10** Datenschutzinformation (indikationsübergreifend)
- Anlage 11** Patienteninformation
- Anlage 12** Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 13** Diabetes-Schwerpunktpraxen und Diabetes-Schwerpunktpraxenpauschale
- Anlage 14** Qualitätssicherung
- Anlage 15** Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen