

# **Vertrag**

## **zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2**

**in der Fassung des 5. 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
- 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 die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Land-  
wirtschaftliche Krankenkasse, Kassel**

**der KNAPPSCHAFT**

**Regionaldirektion Frankfurt**

**im Folgenden „die Krankenkassen in Hessen“**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**

vertreten durch den Vorstand

# Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Präambel

**Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

**§ 1 Ziel der Vereinbarung**

**§ 2 Geltungsbereich**

**Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer**

**§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene)**

**§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors (Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene)**

**§ 4a Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

**§ 5 Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer**

**§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

**§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

**§ 8 Verzeichnis der Leistungserbringer**

**Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

**§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm  
Diabetes mellitus Typ 2**

**Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

**§ 10 Grundlagen und Ziele**

**§ 11 Maßnahmen und Indikatoren**

**§ 12 Maßnahmen bei 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**
- § 18 Versichertenverzeichnis**

## **Abschnitt VI – Schulung**

- § 19 Information und Schulung von Leistungserbringern**
- § 20 Information und Schulung von Versicherten**

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen in Hessen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung (GE) beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

- § 21 Datenstelle**
- § 22 Erst- und Folgedokumentationen**
- § 23 Datenfluss zur Datenstelle**
- § 24 Datenzugang**
- § 25 Datenaufbewahrung und -löschung**

## **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die Gemeinsame Einrichtung (GE)**

- § 26 Datenfluss**
- § 27 Datenzugang**
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung**

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung (GE)**

**§ 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

**Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung** beziehen sich auf diesen Vertrag

**Ärzte** sind - ggf. anstellende - Vertragsärzte i.S.d. §§ 3 und 4.

**Anlage 1 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung** entspricht den Versorgungsinhalten.

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

**Arbeitsgemeinschaft** ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30.

**BVA** ist das Bundesversicherungsamt.

**Datenstelle** ist eine solche i.S.d. § 21.

**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.

**DMP-A-RL** ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

**Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL** sind die in der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten. Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 8 werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in den Anlagen Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten. Anlage 8 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung entspricht den Versorgungsinhalten.

**EBM** ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

**Facharzt** ist ein Leistungserbringer i.S.d. § 4.

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

**Gemeinsame Einrichtung / GE** ist eine solche i.S.d. §§ 31, 32.

**Koordinierender Arzt** ist ein Leistungserbringer i.S.d. § 3.

**Krankenhäuser** sind Einrichtungen i.S.d. § 4a.

**KV Hessen** steht für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen.

**Leistungserbringer** sind die Ärzte, ermächtigte Ärzte und Einrichtungen/Medizinische Versorgungseinrichtungen (MVZ) i.S.d. § 3 und die Fachärzte i.S.d. § 4, sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen i.S.d. § 4a; aus dem Kontext kann sich eine Einschränkung auf Leistungserbringer gem. den §§ 3, 4 und 4a bzw. nur § 3 ergeben.

**Qualifizierte Einrichtung** ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 1 Ziffer 1.8.1 und/oder 1.8.2 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

**Rehabilitationseinrichtungen** sind Einrichtungen i.S.d. § 4a.

**RSAV** ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

**UE** ist eine Unterrichtseinheit.

Zur besseren Lesbarkeit des Vertrages wurde die männliche Form gewählt; hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

## Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV, der Verordnung zur Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen folgenden Vertrag zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 2.

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

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch Insulinresistenz in Verbindung mit eher relativem als absolutem Insulinmangel gekennzeichnet ist. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ-2-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetentem Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser Diabetes-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden.

Bei aktiver Teilnahme des Versicherten sollen durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie die Lebenserwartung und die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten durch die Vermeidung von Komplikationen und Folgeerkrankungen reduziert werden. Für die Durchführung und Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms ist die kontinuierliche und intensiviertere hausärztliche Betreuung eine der wichtigsten Voraussetzungen für die erfolgreiche Inanspruchnahme und aktive Teilnahme der chronisch kranken Patienten mit dem Ziel einer langfristig und partnerschaftlich angelegten Arzt-Patienten-Beziehung.

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

Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese weiter. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen 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 und 01.07.2017 in Kraft getreten sind.

# **Abschnitt I**

## **Ziele, 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 2. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden koordinierenden Ärzte“ übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KV Hessen hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Anlage 1 Ziffer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:
  - Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellageisungen,
  - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
  - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie,
  - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.
- (3) Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten individuelle Therapieziele anzustreben.

### **§ 2**

#### **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
  1. die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und Einrichtungen in der Region der KV Hessen, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und eine Genehmigung erhalten 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 Vertragsärzte.



- (2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV Hessen informiert die teilnehmenden Vertragsärzte und die Krankenkassen die sonstigen teilnehmenden Einrichtungen.
- (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 der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72 und 75 SGB V bleibt unberührt.
- (5) Grundlage dieses Vertrages sind die §§ 28d und 28f der RSAV sowie die Richtlinien des G-BA zum DMP in ihrer jeweils gültigen Fassung.

## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Leistungserbringer**

#### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene)**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte und Einrichtungen an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 5 Abs. 1 voraus.  
Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich alle zugelassenen Ärzte und Einrichtungen, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 („Strukturqualität koordinierender Arzt“) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (2) In Ausnahmefällen sind auch Ärzte als koordinierender Arzt am Programm teilnahmeberechtigt, sofern sie,
  - im Sinne der Anlage 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) diabetologisch qualifiziert sind
  - oder
  - im Sinne der Anlage 1 („Strukturqualität koordinierender Arzt“) als Facharzt für Innere Medizin den Nachweis erbracht haben, dass sie mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 pro Quartal betreuen.Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut<sup>1</sup> wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt gegenüber der KV Hessen durch Unterschrift auf der Anlage 3 („Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“) zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versor-

---

<sup>1</sup> Als dauerhaft betreute Versicherte sind solche anzusehen, die bereits vor der Einschreibung mindestens zwei volle Quartale kontinuierlich behandelt wurden.

gungszentrum 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 KV Hessen vom anstellenden Arzt bzw. Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 3a („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) beigefügten Formulars gemäß Anlage 3 („Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.

- (5) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Beachtung der in der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte
  2. die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren Programmen teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,
  3. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach Abschnitt III geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Anlage 1 Ziffer 1.8 der DMP-A-RL,
  4. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
  5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  6. die Durchführung von Schulungen gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
  7. bei Vorliegen der in Anlage 1 Ziffer 1.8.2 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Überweisung an andere vertraglich eingebundene Ärzte und Einrichtungen entsprechend der Anlage 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer entsprechend der Anlage 4 („Strukturqualität für weitere Leistungserbringer“) vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
  8. bei Vorliegen der in der Anlage 1 Ziffer 1.8.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete am Programm teilnehmende Krankenhaus entsprechend der Anlage 10 („Leistungserbringerverzeichnis“) unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen.  
Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
  9. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, z.B. betreffend der medikamentösen Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung gemäß Anlage 10 („Leistungserbringerverzeichnis“) unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

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

## **§ 4**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen qualifizierten Versorgungssektors (Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene)**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 5 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind diabetologisch qualifizierte Ärzte und diabetologisch spezialisierte Einrichtungen/Schwerpunktpraxen, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.  

Im Einzelfall können auch Ärzte anderer Fachrichtungen teilnehmen, sofern sie die Voraussetzungen der Anlage 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Prüfung erfolgt durch die Vertragspartner dieses Vertrages. Diese legen in der Gemeinsamen Einrichtung (GE) sachliche Kriterien zur Prüfung der Zulassung im Einzelfall fest. Diese abweichenden Zulassungen werden den Prüfbehörden gesondert mitgeteilt.
- (3) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme des Arztes gegenüber der KV Hessen nachgewiesen werden. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen die 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 KV Hessen vom anstellenden Arzt bzw. Medizinischen Versorgungszentrum mit Hilfe des in der Anlage 3a („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben des teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Vertragsarztes gehören insbesondere:
  1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte mit dem Ziel der Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt gem. § 3, die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gemäß Anlage 12 („Strukturqualität Schulungsarzt/ICT-Schulung“) gegenüber der KV Hessen nachgewiesen ist und nur bei Patienten, die diese Schulung nicht bereits bei den koordinierenden Ärzten erhalten haben,
  2. die regelmäßig durchzuführenden Untersuchungen zur Verhinderung der diabetesassoziierten Augenerkrankungen (z.B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie),
  3. Maßnahmen zur Verhinderung und/oder Behandlung zur diabetischen Neuropathie (schmerzhafte Polyneuropathie, kardiale autonome Neuropathie, Magenentleerungsstörungen, Blasenentleerungsstörungen, sexuelle Funktionsstörungen)
  4. Überwachung des Risikos und ggf. Behandlung einer aufgrund langjähriger Hyperglykämie in Abhängigkeit von Alter und Diabetesdauer entwickelten diabetespezifischen Nephropathie.

5. die Behandlung des diabetischen Fußes, soweit die Anlage 13 („Strukturqualität der spezialisierten Einrichtung für die Behandlung des diabetischen Fußes“) erfüllt ist,
6. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 4 („Strukturqualität für weitere Leistungserbringer“) und der Anlage 1 Ziffer 1.8 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Überweisung an weitere Leistungserbringer - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, z.B. betreffend die medikamentöse Therapie, an diese Leistungserbringer zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
8. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
9. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
10. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 10 („Leistungserbringerverzeichnis“) vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Sobald Krankenhäuser gemäß § 4a vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, muss eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 – 11 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 4a**

### **Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Geeignete Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind gesondert vertraglich von Anfang an einzubeziehen.
  1. Teilnahmeberechtigt sind Krankenhäuser, wenn sie die Strukturqualität, welche in den jeweiligen Anlagen zu den Krankenhausverträgen geregelt ist, zu Beginn der Teilnahme erfüllen und sich verpflichten, die medizinischen Anforderungen der DMP-A-RL zu beachten.
  2. Teilnahmeberechtigt sind Rehabilitationseinrichtungen, die an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V i.V.m. § 137d Abs. 1 und 2 SGB V und dem Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung oder der Spitzenverbände der Krankenkassen teilnehmen und sich verpflichten, die medizinischen Anforderungen der DMP-A-RL zu beachten.

## **§ 5**

### **Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer**

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4 gegenüber der KV Hessen schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3 („Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“) zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. der anstellenden zugelassenen Einrichtung neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 3a („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) beigefügten Formular 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 weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (3) Der Arzt/die Einrichtung genehmigt 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 im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt er/sie die Arbeitsgemeinschaft, in seinem/ihrer Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er/Sie wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.
- (4) Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 4a können von den Krankenkassen vertraglich eingebunden werden, wenn sie das Erfüllen der Strukturqualität erklären.

## **§ 6**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Die KV Hessen überprüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4.
- (2) Die KV Hessen überprüft darüber hinaus auch die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 12 („Strukturqualität Schulungsarzt/ICT Schulung“) für die Ärzte nach den §§ 3 und 4 entsprechend der Anforderungen an die Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Abs. 3 Satz 1.
- (3) Die Krankenkassen in Hessen überprüfen die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturqualität gemäß § 4a.
- (4) Die Krankenkassen in Hessen überprüfen die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 12 („Strukturqualität Schulungsarzt/ICT Schulung“) für die Leistungserbringer nach § 4a entsprechend der Anforderungen an die Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Absatz 3 Satz 1.

## **§ 7**

### **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes 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 bzw. bei qualifizierten Einrichtungen durch die Krankenkassen in Hessen bestätigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hessen bzw. qualifizierte Einrichtungen gegenüber den Krankenkassen in Hessen zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 oder durch Beschluss nach § 12, so ist der Arzt von diesem Vertrag durch die KV Hessen auszuschließen. Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen in Hessen den hiervon betroffenen Versicherten weiterhin teilnehmende Leistungserbringer mitteilen, um ggf. einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet für die durch die KV Hessen zugelassenen Leistungserbringer mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Hessen bzw. für qualifizierte Einrichtungen durch die Krankenkassen in Hessen.
- (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 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 3a („Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) beigefügten Formular.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 („Strukturqualität koordinierender Arzt“) bzw. 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 führt die KV Hessen mit Ausnahme der teilnehmenden qualifizierten Einrichtungen ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Hessen stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen in Hessen und der GE nach § 31 bei jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte oder bei einer Änderung der Lebenslangen Arztnummer in elektronischer Form, z.B. Excel-Datei, entsprechend der Anlage 10 („Leistungserbringerverzeichnis“) einmal wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen in Hessen führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird den am Ver-

- trag teilnehmenden Ärzten von der KV Hessen mit jeder Änderung zugänglich gemacht.
- (3) Die zusammengefassten Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 entsprechend der Anlage 10 („Leistungserbringerverzeichnis“) 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) Weiterhin wird das Leistungserbringerverzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten gemäß den §§ 3 und 4 durch die KV Hessen,
  2. den Leistungserbringern nach § 4a durch die Krankenkassen in Hessen,
  3. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen in Hessen, insbesondere bei Neueinschreibung,
  4. der Datenstelle nach § 21 elektronisch durch die KV Hessen,
  5. der GE nach § 31.
- (5) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis mit Zustimmung der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 3 („Teilnahmeerklärung Leistungserbringer“) erteilt.

## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2**

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

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

- (1) Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 („Qualitätssicherung“) genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere:
  1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
  2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
  3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 1 Ziffer 1.8 der DMP-A-RL,
  4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 4 und 4a,
  5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation 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 1 der DMP-A-RL bei der Durchschnittsprüfung im Sinne einer Praxisbesonderheit für die eingeschriebenen Versicherten anzuerkennen ist.



Sollte zukünftig 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 Praxisbesonderheit.

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 GE 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 wird der Entfall der Anerkennung im Sinne einer Praxisbesonderheit gem. Satz 1 geprüft.

## **§ 11 Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend § 2 der DMP-A-RL sind diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 („Qualitätssicherung“) zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 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 koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein; zur Gewährleistung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie werden Pharmakotherapieberatungen entsprechend § 73 Abs. 8 SGB V durchgeführt,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten,
  5. Anlassbezogene persönliche Beratung von Leistungserbringern durch die GE bzw. der Versicherten durch die jeweilige Krankenkasse.
- (3) Zur Auswertung der in der Anlage 6 („Qualitätssicherung“) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach § 137 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V einzubeziehen.
- (4) Die Krankenkassen in Hessen verpflichten sich, die Grundsätze der versichertenbezogenen Maßnahmen und das dafür verwendete Informationsmaterial mit der KV Hessen abzustimmen. Die Durchführung der Maßnahmen obliegt den Krankenkassen in Hessen.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 („Qualitätssicherung“) Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Krankenkassenverbänden bzw. der GE DMP Hessen in der Regel jährlich zu veröffentlichen. Der versichertenbezogene Qualitätssicherungsbericht ist dem BVA spätestens bis zum 01.10. des Folgejahres vorzulegen. Die Krankenkassen haben anschließend (spätestens bis zum 31.12. des jeweiligen Jahres) den Bericht in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

## **§ 12 Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben**

- (1) Im Rahmen des DMP sind sich die Vertragspartner darüber einig, die teilnehmenden Leistungserbringer, die gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen, wirksam zu sanktionieren.

- (2) Verstößt ein teilnehmender Leistungserbringer gemäß §§ 3 und/oder 4 gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden insbesondere nachfolgende Maßnahmen und Sanktionen ergriffen:
1. keine Vergütung von unvollständigen/unplausiblen und/oder verfristeten Dokumentationen<sup>2</sup>, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung gemäß § 106d SGB V,
  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 im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen bzw. bei qualifizierten Einrichtungen durch die Krankenkassen in Hessen Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. Nichteinhaltung der Medizinischen Inhalte),
  4. hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen bzw. bei qualifizierten Einrichtungen die 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 teilnehmenden Krankenkassen in Hessen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern u.a. die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1 Ziffer 3 bis 3.2 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffer 3 in Verbindung mit Ziffer 1.2 der Anlage 1 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,
  3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- (2) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses DMP aufgenommen.

---

<sup>2</sup> Hinweis: Erstdokumentationen können nur dann vergütet werden, wenn diese vollständig, plausibel und fristgerecht zusammen mit einer Teilnahme-/Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten bei der Datenstelle eingereicht werden. Fehlt entweder die Erstdokumentation und/oder die TE/EWE des Versicherten, können im Anschluss erstellte Folgedokumentationen nicht vergütet werden.

- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (4) Wenn der Versicherte an mehreren der in den Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

## **§ 14 Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen in Hessen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation bestehend aus der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, der Datenschutzinformation und der Patienteninformation, (siehe Anlage 7 „Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, Anlage 8 „Datenschutzinformation“, Anlage 9 „Patienteninformation“), und über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 1 Ziffer 3 bis 3.2 der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Koordinierende Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen/plausiblen und fristgerecht an die gemäß § 23 beauftragte Datenstelle übersandten Dokumentationsdaten der Einschreibedokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
  2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Insbesondere erklärt der Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann,
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt, welcher nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 („Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“) sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die beauftragte Datenstelle gemäß § 23 weiterleitet. Die Krankenkassen in Hessen stellen sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Auch bei den Krankenkassen in Hessen kann der Versicherte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung unterschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von den Krankenkassen in Hessen an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 bei den Krankenkassen in Hessen vorliegen, bestätigen diese Krankenkassen in Hessen dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten an dem DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Versicherte, die an mehreren internistischen strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich grundsätzlich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken auf diese Entscheidung hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.

- (8) Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 ist nicht möglich.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach intensiver Information über das DMP entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (s. Anlage 8 „Datenschutzzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 7 („Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“) zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt so einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben; im Übrigen gilt § 36 SGB I.

## **§ 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 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung gemäß Anlage 7 („Indikationsübergreifende 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 dem DMP-Programm aus.
- (3) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme des Versicherten bei Vorliegen eines der in § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentations- bzw. Korrekturdatum).
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet mit Kassenwechsel, 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) Die Teilnahme endet mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (7) Die Krankenkassen in Hessen informieren den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

## **§ 17**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

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

- (2) Der bisherige Arzt 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 und auf datenschutzkonformer Weise eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI**

### **Schulung**

## **§ 19**

### **Information und Schulung von Leistungserbringern**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3, 4 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer werden konform der DMP-A-RL vermittelt und dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten ab; insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Hessen nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß 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**

### **Information und Schulung von Versicherten**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen informieren anhand der Patienteninformation, bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzhinweise und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (s. Anlage 7 „Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, Anlage 8 „Datenschutzhinweise“ und Anlage 9 „Patienteninformation“), ihre Versicherten im Sinne der Anlage 1 Ziffer 3 der DMP-A-RL über Ziele und Inhalte des DMP Diabetes mellitus Typ 2 sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung 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 sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

- (3) Zur Schulung berechtigt sind Leistungserbringer, die gemäß der Anlage 12 („Strukturqualität Schulungsarzt/ICT-Schulung“) hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 11 („Patientenschulung“) sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einzubeziehen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.
- (5) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der jeweils gültigen vom BVA als verwendungsfähig erklärten Auflage genannten Schulungsprogramme genutzt (s. Anlage 11 „Patientenschulung“).
- (6) Die GE prüft fortwährend die Möglichkeit neuer Schulungsinhalte und -maßnahmen, insbesondere im Hinblick auf kombinierte Schulungen für Diabetes und Hypertonie.

## **Abschnitt VII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen in Hessen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung (GE) 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 gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL elektronisch gemäß BVA-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 unplausibler Dokumentationsdaten,
  4. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Krankenkassen in Hessen,
  5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV Hessen,
  6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE,
  7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkassen in Hessen.

Das Nähere regeln die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BVA unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle,
  1. die von ihm erstellte Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
  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 teilnehmenden koordinierenden Ärzten gemäß § 3 und Einrichtungen 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 Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation gemäß der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt
  1. die vollständige Erstdokumentation gemäß der 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-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg (mit Ausnahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung) zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Erstellung der Dokumentation an die Datenstelle elektronisch (mit Ausnahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern (0 – 9) bestehen darf (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Bei der elektronischen Datenübermittlung sind die Vorschriften der RSAV zu beachten und der koordinierende Arzt stellt diese gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben sicher.
- (3) Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten entsprechend der Anlagen 2 in Verbindung mit Anlage 8 der DMP-A-RL unterrichtet. Er erhält eine schriftliche Ausfertigung der übermittelten Befunddaten.
- (4) Die Dokumentation ist gemäß den jeweils geltenden Vorgaben der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte vom Arzt aufzubewahren und nach Ablauf der Fristen zu vernichten. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der Arzt die entsprechenden Dokumentationen auf Anforderung zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

## **§ 24 Datenzugang**

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

## **§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten perso-  
nenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermitt-  
lung an die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die GE von der  
Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert bzw. löscht die Datensätze der Dokumenta-  
tionen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturier-  
ten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.



## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss an die Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die Gemeinsame Einrichtung (GE)**

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt, bei Einschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neue koordinierende Arzt die Folgedokumentation an die Datenstelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Einschreibung die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die 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 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 GE und die KV Hessen.

#### **§ 27**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die GE, KV Hessen und an das DMP-Datenzentrum 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 Datensätze der Dokumentationen werden von den Krankenkassen in Hessen, der KV Hessen und der GE gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert bzw. gelöscht.

## **Abschnitt IX**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung (GE)**

#### **§ 29**

#### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

#### **§ 30**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL zu pseudonymisieren und sie dann an die KV Hessen und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete GE nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gem. Anlage 6 („Qualitätssicherung“) weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 31**

#### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung (GE)**

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine GE im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfbescheinigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

#### **§ 32**

#### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung (GE)**

- (1) Die GE hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gem. Anlage 6 („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 Anlage 1 der DMP-A-RL 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 und
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die GE 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.

- (3) Die Mitglieder der GE und deren Mitarbeiter haben Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der GE.

## **Abschnitt X**

### **Evaluation**

#### **§ 33**

##### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der GE der Arbeitsgemeinschaft 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 abrechnungsfähigen 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) Für die vollständigen Dokumentationen gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A-RL und deren fristgemäße elektronische Übermittlung gemäß der akkreditierten Verfahrensvorgaben sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3	25,00 €	92131
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Ärzte nach § 3	15,00 €	92132
Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP)	Einmalig je weiteres DMP 5,- €	92133
Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP	jeweils	92134

	2,50 €	
--	--------	--

- (2) 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 § 106d Abs. 3 Ziffer 2 SGB V einer gesicherten Diagnose entsprechend Ziffer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL Voraussetzung.
- Wurde vom koordinierenden Arzt gemäß Anlage 5 („Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“) quartalsweise als Dokumentationsintervall bei der Folgedokumentation angegeben, wird pro Patient und Quartal jedem Arzt/Einrichtung höchstens eine Dokumentation vergütet. Für die Erstdokumentation wird einmalig die Abrechnungsziffer 92131 pro Fall vergütet.
- Wenn vom koordinierenden Arzt gemäß Anlage 5 („Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“) jedes zweite Quartal als Dokumentationszeitraum angegeben worden ist, wird pro Patient und zwei Quartalen dem Arzt höchstens eine Dokumentation vergütet.
- (3) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt 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 vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen ihrer korrekt eingeschriebenen Versicherten. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen in Hessen an die KV Hessen.
- (4) Die Besonderheiten der Behandlung von Diabetes mellitus Typ 2 Patienten mit intensivierter Insulintherapie durch Schwerpunktpraxen wird in der Anlage 14 („Diabetes-Schwerpunktpraxen und Diabetes-Schwerpunktpraxenpauschale“) geregelt.
- (5) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß § 20 erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Schulungen wie in der Tabelle dargestellt 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. Das Schulungsmaterial umfasst auch die Ausstattung der Patienten mit einem Diabetes-Pass. Die Ziffern zur Abrechnung sind im Folgenden aufgeführt.

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin)  Nicht abrechenbar neben: MEDIAS 2 Basis bzw. LINDA ohne Insulin	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. In einem Schulungskurs können je nach Vereinbarung bis zu vier oder zehn Patienten unterrichtet werden.  Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker	25,50 € je UE/Patient	92147

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	im höheren Lebensalter.		
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin)  Nicht abrechenbar neben: MEDIAS 2 Basis bzw. LINDA ohne Insulin	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsbildungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsbildungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92147E 92147 N 92147 W  92147 V
Schulungsmaterial ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92148
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin)  Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin	Das Programm umfasst fünf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten für Kleingruppen von bis zu vier Patienten.  Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.  Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker im höheren Lebensalter.	25,50 € je UE/Patient	92149
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin)  Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsbildungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsbildungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92149 E 92149 N 92149 W  92149 V
Schulungsmaterial mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92150

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI Normalinsulin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben:  MEDIAS 2 ICT bzw.  LINDA mit Insulin</p>	<p>Das Programm umfasst fünf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten für Kleingruppen von bis zu vier Patienten.</p> <p>Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. Wenn Verzögerungsinsulin zusätzlich zur Nacht benötigt wird, wird eine sechste Unterrichtseinheit angeboten.</p>	25,50 € je UE/Patient	92207
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (ZI Normalinsulin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben:  MEDIAS 2 ICT bzw.  LINDA mit Insulin</p>	<p>Einzelschulungen  Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)  Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15  Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15</p>	25,50 € je UE/Patient	92207 E 92207 N  92207 W  92207 V
Schulungsmaterial Normalinsulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92208
<p>MEDIAS 2 ICT*</p> <p>Nicht abrechenbar neben:  ZI Normalinsulin</p>	<p>12 UE à 90 Minuten bis zu 8 Patienten  Schulungszeitraum mind. 6 bis max. 12 Wochen</p> <p>Einzelschulungen  Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15  Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Grup-</p>	25,50 € je UE/Patient	92261  92261 E 92261 W  92261 V



Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
BGAT	Nur in Ergänzung einer Basisschulung  Einzelschulungen Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15		92265 E 92265 W  92265 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 5. UE (letzte Schulung) HyPOS*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 5 Unterrichtseinheiten	62,50 € <b>*) jew. nur einmal ansetzbar</b>	92265 Q
HyPOS*  Nicht abrechenbar neben: BGAT	Genehmigte Nachschulungen (2 UE)  entsprechend Anlage 15	38,00 € je UE/ Patient	92265 N
Schulungsmaterial HyPOS	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92266
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage  Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von bis zu vier Patienten durchgeführt.  Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.	25,50 € je UE/Patient	92141
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage  Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	Einzelschulungen Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Grup-	25,50 € je UE/Patient	92141 E 92141 N  92141 W  92141 V



Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	penschulung entsprechend Anlage 15		
Schulungsmaterial Hypertonie-Schulung	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92142
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)  Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Das Schulungsprogramm setzt sich aus drei bis vier Unterrichtseinheiten à 90 bis 120 Minuten Dauer zusammen.  In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt. Die Gruppen bestehen aus vier bis sechs Patienten.	25,50 € je UE/Patient	92143
Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)  Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Einzel Schulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92143 E 92143 N 92143 W  92143 V
Schulungsmaterial HBSP-Schulung	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92144
Mehr Diabetes Selbstmanagement für Diabetes Typ 2 (MEDIAS 2 Basis)  Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin LINDA ohne Insulin	Das Programm setzt sich aus acht Unterrichtseinheiten à 90 Minuten zusammen.  In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt. Die Gruppen bestehen aus sechs bis acht Teilnehmern.  Das Schulungsprogramm richtet sich in der Regel an Personen im mittleren Lebensalter.	25,50 € je UE/Patient	92267
Mehr Diabetes Selbstmanagement für Diabetes Typ 2 (MEDIAS 2 Basis)	Einzel Schulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen	25,50 € je UE/Patient	92267 E 92267 N  92267 W

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin LINDA ohne Insulin	<u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15		92267 V
Schulungsmaterial MEDIAS 2 Basis	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92268
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung - ohne Insulin  Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin MEDIAS 2 Basis	Das Programm umfasst 4 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Gruppen mit bis zu zehn Personen durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92269
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung - ohne Insulin  Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin MEDIAS 2 Basis	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15	25,50 € je UE/Patient	92269 E 92269 N  92269 W  92269 V
Schulungsmaterial LINDA ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92270
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung - mit Insulin  Nicht abrechenbar neben: ZI mit Insulin bzw. ZI Normalinsulin	Das Programm umfasst 5 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Gruppen mit bis zu zehn Personen durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92271
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung - mit Insulin  Nicht abrechenbar neben:	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen	25,50 € je UE/Patient	92271 E 92271 N  92271 W

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
ZI mit Insulin bzw. ZI Normalinsulin	len nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15		92271 V
Schulungsmaterial LINDA mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92272
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)  Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. HBSP	Das Programm besteht aus max. fünf Unterrichtseinheiten (Module). Ein Modul dauert 180 Minuten und wird in Kleingruppen von 6 bis 12 Patienten durchgeführt. 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.	51,00 € je UE/Patient	92273
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin)  Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. HBSP	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 15 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulungentsprechend Anlage 15	51,00 € je UE/Patient	92273 E 92273 N  92273 W  92273 V
Schulungsmaterial IPM	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92274
<b>Anmerkung:</b> Diese Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn entsprechend § 15 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) die Schulungseinheiten durch den Schulungs-			

Schulungsprogramm	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
<p>arzt erbracht worden sind. Eine Unterrichtseinheit, deren Leistungsinhalt gemäß Abs. 6 nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden. Mit Ausnahme des Schulungsprogramms MEDIAS 2 ICT ist pro Tag und Versicherten nur eine Unterrichtseinheit abrechenbar. Hiervon abweichend können für das Schulungsprogramm MEDIAS 2 Basis maximal 2 Unterrichtseinheiten pro Tag abgerechnet werden.</p>			

- (6) Die mit \* gekennzeichneten Schulungen können nur von Praxen erbracht werden, die die Anforderungen von Anlage 2 („Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“) erfüllen und eine Abrechnungsgenehmigung durch die KV Hessen erhalten haben.
- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Sofern DMP-Teilnehmer nicht eigenständig für ihre Ernährung sorgen, kann ein Angehöriger/eine Pflegeperson ggf. zusammen mit dem DMP-Teilnehmer gemeinsam an der DMP-Schulung teilnehmen.
- (8) Die Unterrichtseinheiten einer Schulung sind 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. 1 bis 2 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 Antragsstellung 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. 6 genannten Schulungen je gesicherter Diagnose („G“) abrechnungsfähig. Bei Veränderung des Krankheitsbildes (z.B. Umstellung von oraler Therapie auf Insulin) kann der Versicherte eine weitere, auf das veränderte Krankheitsbild abgestimmte Schulung erhalten.
- (12) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den §§ 87a - 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 vorstehenden Absätzen über das Regelwerk sicher. Zur Prüfung des DMP-Teilnehmersstatus 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 Kontenart 404, Kapitel 84 (DMP-Schulungen) auf Ziffernebene (Ebene 6) sowie in der 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 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 für die Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes, des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch, des Hessischen Datenschutzgesetzes, die §§ 28d und 28f der RSAV 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 Krankenkassen in Hessen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

#### **§ 38**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2011 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Absatz 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiederzulassung gelten die nach der letzten erforderlich gewordenen Vertragsanpassung abgegebenen Erklärungen weiter.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall bzw. Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, bei aufsichtsrechtlichen, gesetzlichen oder gerichtlichen Maßnahmen, die dem Vertrag seine Grundlage entziehen, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner fristlos 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 dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt diese Vereinbarung 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 Arzt
Anlage 2	Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor
Anlage 3	Teilnahmeerklärung Leistungserbringer
Anlage 3a	Ergänzungserklärung Leistungserbringer
Anlage 4	Strukturqualität für weitere Leistungserbringer
Anlage 5	Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
Anlage 6	Qualitätssicherung
Anlage 7	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 8	Datenschutzinformation
Anlage 9	Patienteninformation
Anlage 10	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 11	Patientenschulung
Anlage 12	Strukturqualität Schulungsarzt/ICT-Schulung
Anlage 13	Strukturqualität der spezialisierten Einrichtung für die Behandlung des diabetischen Fußes
Anlage 14	Diabetes-Schwerpunktpraxen und Diabetes-Schwerpunktpraxenpauschale
Anlage 15	Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen