

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

in der Fassung vom 01.10.2023
zwischen der

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

und

der AOK NordWest – Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

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

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

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

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

(nachstehend „Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

Abschnitt II – Teilnahme/Einbindung der Ärzte und Einrichtungen

- § 3 Teilnahmegrundsätze
- § 3a Teilnahmevoraussetzungen der DSPn und diabetologisch besonders qualifizierten Ärzte zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern
- § 3b Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Hausarztes zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern (Ausnahme)
- § 3c Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern
- § 3d Teilnahmevoraussetzungen des fachärztlichen/diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern
- § 4a Teilnahmevoraussetzungen der DSPn
- § 4b Teilnahmevoraussetzungen für diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater
- § 4c Genehmigung von DSPn
- § 4d Diabeteskommission
- § 5a Einbindung von Krankenhäusern
- § 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung
- § 7 Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 10 Medizinische Anforderungen
- § 10 a Aufgaben der koordinierenden Ärzte
- § 10 b Überweisungsregeln für koordinierende Hausärzte im DMP Diabetes mellitus Typ 1
- § 10 c Aufgaben der DSP im DMP Diabetes mellitus Typ 2

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 13 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI - Schulungen

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

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

- § 21 Arbeitsgemeinschaft
- § 22 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Gemeinsame Einrichtung
- § 24 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

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

- § 25 Datenstelle
- § 26 Erst- und Folgedokumentation
- § 27 Datenfluss zur Datenstelle
- § 28 Datenzugang / Berechtigung der Datenstelle
- § 29 Datenaufbewahrung und -löschung

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

- § 30 Datenfluss
- § 31 Datenzugang
- § 32 Datenaufbewahrung

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Qualitätsorientierte Vergütung

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Anlagen

- Anlage 1 a Strukturqualität und Teilnahmevoraussetzungen DSPn
- Anlage 1 b Strukturqualität für den koordinierenden Versorgungssektor (diabetologisch besonders qualifizierter Arzt)
- Anlage 2 Strukturqualität für den koordinierenden Versorgungssektor für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1
- Anlage 3 Strukturqualität für koordinierende Hausärzte nach § 73 SGB V zur Betreuung von Typ 1-Diabetikern (Ausnahme)
- Anlage 4 Strukturqualität der koordinierenden Ärzte (Diabetes mellitus Typ 2)
- Anlage 5 Strukturqualität sonstiger Ärzte (Überweisung)
- Anlage 6 Strukturqualität der Leistungserbringer im Bereich des Diabetischen Fußsyndroms
- Anlage 7 Teilnahmeerklärung DSP
- Anlage 8 Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 9 unbesetzt
- Anlage 10 unbesetzt
- Anlage 11 Ärzte-Verzeichnis Ambulanter Sektor
- Anlage 12 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 13 arzt-/versichertenbezogene Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 1
- Anlage 14 arzt-/versichertenbezogene Qualitätssicherung Diabetes mellitus Typ 2
- Anlage 15 indikationsübergreifende Teilnahme-/Einwilligungserklärung Versicherter inkl. Datenschutz- und Patienteninformation
- Anlage 16 Vergütung DMP-Leistungen
- Anlage 17 Vergütung für Ärzte mit der Anerkennung als DSP, Pädiater und Augenärzte
- Anlage 18 Patientenschulungen

Erläuterungen / Abkürzungen

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.

„DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie).

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

„DS-GVO“ ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung.

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

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

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

„KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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

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

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der in Anlage 1 bzw. 7 der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ1 bzw. Typ 2. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden koordinierenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung und strukturieren die Behandlungsabläufe in Zusammenarbeit mit fachlich qualifizierten Ärzten. Ärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten an den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in Westfalen-Lippe hin.

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

- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind in der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
 - a) Entsprechend Anlage 7 Nummer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung insbesondere folgende Ziele an:
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehhinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),

- Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).

b) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen gemäß Anlage 7 Nummer 1.7.1 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:

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

c) Entsprechend Anlage 1 Nummer 1.3.1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung insbesondere 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 Stoffwechsellentgleisungen,

- Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. alle zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte im Bereich der KVWL, die nach Maßgabe des Abschnittes II teilnehmen,
2. die Behandlung von Versicherten, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Abs. 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat,
4. die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVWL darüber informiert wurde,
5. die Behandlung schwangerer Versicherter mit Gestationsdiabetes durch eine DSP. Eine Einschreibung in dieses DMP findet nicht statt.

- (2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe soweit erforderlich beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des § 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Krankenkassen/-verbände werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen informieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 38. Die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation sind in der Anlage 1 und 7 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme/Einbindung der Ärzte und Einrichtungen

§ 3

Teilnahmegrundsätze

- (1) Die Teilnahme der Ärzte sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an dieser Vereinbarung ist freiwillig.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

- (3) Die Anforderungen an die im Folgenden geforderten Strukturqualitäten können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

§ 3a

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

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

§ 3b

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

In Ausnahmefällen ist als koordinierender Arzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Hausarzt teilnahmeberechtigt, sofern er die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 3 erfüllt. Der Hausarzt gibt dabei zusätzlich auf seiner

Teilnahmeerklärung nach § 6 eine der nächsterreichbaren DSPn an, mit der er eng kooperiert.

§ 3c

Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors zur Betreuung von Typ 2-Diabetikern

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

§ 3d

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

Die ambulante fachärztliche Versorgung wird aufgrund einer Überweisung des koordinierenden Arztes an die in Abschnitt 1.8, Nummer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL (für das DMP Diabetes mellitus Typ 1) sowie Abschnitt 1.8, Nummer 1.8.2 und 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL (für das DMP Diabetes mellitus Typ 2) aufgeführten qualifizierten Fachärzte, DSPn bzw. diabetologisch, einschließlich auf die Behandlung des diabetischen Fußes, spezialisierten Einrichtungen bei den in der Anlage 7 bzw. Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen gewährleistet.

§ 4a
Teilnahmevoraussetzungen DSPn
(Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2)

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

§ 4b
Teilnahmevoraussetzungen für
diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater
(Diabetes mellitus Typ 1)

(1) Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Versorgung nach dieser Vereinbarung

- unter 16 Jahren grundsätzlich,
- unter 21 Jahren fakultativ

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

(2) Teilnahmeberechtigt sind diabetologisch besonders qualifizierte Pädiater (vgl. Anlage 2). Es handelt sich dabei um niedergelassene und um ermächtigte Ärzte sowie an westfälisch-lippischen Krankenhäusern angestellte Pädiater, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Rahmenvereinbarung zur Einbindung von Krankenhäusern in die DMP zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ1, Typ 2, KHK, Asthma bronchiale und COPD mit der KGNW für Krankenhäuser erfüllen.

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

Pädiater. Eine Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe im Ausnahmefall durch teilnehmende DSPn bleibt hiervon unberührt.

§ 4c

Genehmigung von DSPn

- (1) Der Arzt, der die Anerkennung als DSP anstrebt, erklärt die Teilnahme an der Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Typ 1 Diabetikern im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V schriftlich gegenüber der KVWL nach Anlage 7.
- (2) Die KVWL erteilt bei Vorliegen der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1a die Teilnahmegenehmigung und damit die Anerkennung als DSP. Der Genehmigungsinhaber hat ein Jahr Zeit, ab der Genehmigungserteilung die Strukturqualität nach Nr. 7 der Anlage 1a nachzuweisen. Diese Jahresfrist kann einmalig je Arzt in Anspruch genommen werden. In Ausnahmefällen kann diese Frist nach Entscheidung der Gemeinsamen Einrichtung verlängert werden. Die Anerkennung als DSP wird bei Vorlage der Voraussetzungen der Anlage 1a unter dieser Auflage erteilt. Erfüllt der Genehmigungsinhaber die unter Nr. 7 genannten Voraussetzungen der Anlage 1a innerhalb dieses Jahres nicht, erlischt die unter dieser Auflage erteilte Genehmigung automatisch. Bei einer überproportionalen Leistungsausweitung von DSP-Leistungen durch eine nicht vorhersehbare Mengenausweitung von DSPn werden die Vertragspartner umgehend über Vertragsanpassungen beraten. Die Vermeidung angebotsinduzierter Nachfrage ist geboten.
- (3) Die KVWL prüft jährlich die geforderte Strukturqualität (Anlage 1a) der Ärzte mit der Anerkennung als DSP.
- (4) Stellt die KVWL fest, dass die erforderlichen Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1a nicht mehr erfüllt sind, ist grundsätzlich die Anerkennung als DSP nicht mehr gegeben. Soweit die Strukturvoraussetzungen nicht mehr im notwendigen Umfang bzw. in der notwendigen Qualität vorliegen, können für die Dauer von maximal 2 Quartalen geringere Anforderungen an die Anerkennung als DSP akzeptiert werden. Diese 2-Quartal-Regel gilt auch für die Strukturvoraussetzungen des diabetologisch besonders qualifizierten Arztes nach § 3a Abs. 1 Nr. 2 (Anlage 1b). In den Fällen, in denen die Versorgungssituation gefährdet ist, kann die KVWL die Diabeteskommission (§ 4d) einberufen.

§ 4d

Diabeteskommission

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Kommission zur Unterstützung bei der Umsetzung des § 4c Abs. 4.
- (2) Die Kommission wird paritätisch mit je 3 Vertretern der KVWL und der Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe besetzt. Je ein Vertreter der DSPn sowie des MDK WL können beratend hinzugezogen werden.
- (3) Die Kommission wird bei Erfüllung ihrer Aufgaben durch Mitarbeiter der KVWL unterstützt, die nicht stimmberechtigt an den Sitzungen teilnehmen. Die KVWL lädt die Kommissionsmitglieder schriftlich oder per E-Mail unter Verwendung der Tagesordnung ein und versendet anschließend das Sitzungsprotokoll an die Teilnehmer der Sitzung und an die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen.
- (4) Die empfehlenden Beschlüsse der Kommission werden einvernehmlich getroffen. Unter Berücksichtigung dieser empfehlenden Beschlüsse entscheidet dann die KVWL.
- (5) Im Übrigen übernimmt die Kommission keine originären Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung nach §§ 24 ff. hinsichtlich der Qualitätssicherungsaktivitäten, unterstützt diese jedoch.
- (6) Die Kommission prüft in Abstimmung mit der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23 weitere Optimierungsmöglichkeiten in der Versorgung von Diabetikern.

§ 5a

Einbindung von Krankenhäusern

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 vertraglich ein. Diese müssen die in der zwischen der KGNW e. V. und den Krankenkassen/-verbänden in Westfalen-Lippe geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Einbindung von Krankenhäusern in die

DMP zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ1, Typ 2, KHK, Asthma bronchiale, COPD und Osteoporose (sobald mit der KGNW vertraglich vereinbart) festgelegten Anforderungen erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL behandeln. Über die Homepage der AOK Nordwest ist die Rahmenvereinbarung unter dem Pfad „[www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp-Diabetes mellitus Typ 1 \(bzw. Typ 2\) -Verträge-Region AOK Nordwest Westfalen-Lippe](http://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/behandlungsprogramme-dmp-Diabetes%20mellitus%20Typ%201%20(bzw.%20Typ%20)-Vertr%C3%A4ge-Region%20AOK%20Nordwest%20Westfalen-Lippe)“ einsehbar. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 5b

Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen

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

§ 6

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt nach § 3 ff. erklärt die Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 8.

- (2) Der anstellende Arzt gibt die notwendigen Erklärungen für die angestellten Ärzte mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 8 ab. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 8 bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der anstellende Arzt stellt durch arbeitsvertragliche Regelungen sicher, dass die Anforderungen nach dieser Vereinbarung sowie der RSAV bzw. der DMP-A-RL durch den angestellten Arzt beachtet werden.
Im Zuge des DMP Diabetes mellitus Typ 1 bestätigt der koordinierende Hausarzt ergänzend die Kooperation mit einer DSP (vgl. Anlage 8).

§ 7

Überprüfung der DMP-Teilnahmevoraussetzungen

Die KVWL prüft die Voraussetzungen und erteilt den Ärzten schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme nach dieser Vereinbarung, wenn diese die für sie relevanten Strukturvoraussetzungen (Anlage 1 bis 6) erfüllen. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag des Eingangs der unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der KVWL an.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVWL) beträgt drei Monate zum Ende eines Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis (vgl. § 9) zur Wahl eines anderen koordinierenden Arztes zukommen lassen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ebenfalls mit dem Bescheid der Zulassungsinstanzen über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder durch Bescheid der KVWL aufgrund eines Ausschlusses nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung.

§ 9

Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis

- (1) Die KVWL führt Verzeichnisse über an dieser Vereinbarung nach den §§ 3 ff. teilnehmende und ausgeschiedene Ärzte sowie der Ärzte mit einer Anerkennung als DSP und

stellt diese Verzeichnisse regelmäßig, mindestens monatlich, aktualisiert in elektronischer Form (z. B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 11

- der Datenstelle nach § 25,
- den Krankenkassen/-verbänden,
- der KGNW,
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23,
- den koordinierenden Ärzten sowie fachärztlich qualifizierten Ärzten

zur Verfügung.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 25 zeitnah, spätestens innerhalb von 10 Tagen, in geeigneter Form über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

Die Krankenkassen/-verbände stellen ferner die umgehende Weiterleitung der Verzeichnisse an die von ihnen vertretenen Krankenkassen sicher. Bei Bedarf stellen die Krankenkassen/-verbände die Weiterleitung an interessierte teilnehmende bzw. teilnahmewillige Versicherte sicher.

- (2) Über die Homepage der KVWL wird eine Verlinkung zu dem von der KGNW veröffentlichten Krankenhäuserverzeichnis vorgenommen.
- (3) Die zuständige Aufsichtsbehörde erhält die Verzeichnisse nach Absatz 1 von den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung. Die Verzeichnisse werden dem BAS mit dem Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 werden veröffentlicht. Ferner erhalten die Patienten über die einzelnen Krankenkassen bzw. andere Quellen, z. B. der KVWL/ÄKWL, nähere Informationen zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Ärzte.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen

Die medizinischen Anforderungen sind in den Anlagen 1 und 7 der DMP-A-RL geregelt und Bestandteil dieser Vereinbarung. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, rechtzeitig, d.h. mit ausreichend zeitlichem Vorlauf, um ihnen zum Zeitpunkt der geforderten Umsetzung entsprechen zu können, über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6, die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

§ 10a

Aufgaben der koordinierenden Ärzte

Zu den Aufgaben des koordinierenden Arztes gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der Versorgungsinhalte entsprechend Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL und der Kooperationsregeln,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 15 sowie die Verarbeitung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VIII und IX,
4. die vollständige Erstellung und Übermittlung der Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL; soweit diese fehlerhaft weitergeleitet wurden, die nachträgliche Korrektur auf Anforderung,
5. die Wiedereinbestellung des Patienten zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung,

6. bei 6-monatigem Dokumentationsintervall im Falle versäumter Befunderhebung die vorgezogene Wiedereinbestellung auf das eigentlich dokumentationsfreie Folgequartal,
7. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
8. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 20, soweit die Schulungsberechtigung nach § 20 Abs. 5 gegenüber der KVWL nachgewiesen ist, oder die Veranlassung von Patientenschulungen,
9. die Überweisung an andere Ärzte oder die Einbeziehung weiterer Leistungserbringer, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Anlage 1 bzw. 7 der DMP-A-RL vorgenommen werden muss (im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Leistungserbringer),
10. bei Einbeziehung anderer Leistungserbringer
 - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 10, wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
 - das Einholen der therapierelevanten Informationen von diesen Leistungserbringern,
11. bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 3d bzw. 4a das Anbringen des Vermerks „nimmt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teil“ oder „nimmt nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teil“ auf dem Überweisungsschein, bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gemäß § 5a vorzunehmen und auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
12. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Die Kostenträger werden sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 5b rehabilitiert werden.

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

§ 10b

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

- (1) Der koordinierende Hausarzt beachtet insbesondere die Überweisungsregeln nach Nummer 1.8.2 der Anlage 7 DMP-A-RL, soweit seine eigene Qualifikation für die Behandlung der Patienten nicht ausreicht. Der Hausarzt hat in diesen Fällen eine Überweisung an eine/n diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von Kindern und Jugendlichen durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist eine Überweisung zum/zur diabetologisch qualifizierten Pädiater oder pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen.
- (2) Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gilt Abs. 1 entsprechend.
- (3) Die Aufgaben des koordinierenden Hausarztes richten sich im Übrigen nach § 10a.

§ 10c

Aufgaben der DSP im DMP Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Der Arzt mit Anerkennung als DSP behandelt vom koordinierenden Arzt überwiesene und im Ausnahmefall eigene Patienten, die in ein DMP eingeschrieben sind, gemäß den medizinischen Vorgaben zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 entsprechend der DMP-A-RL. Die DSP informiert den koordinierenden Arzt kurzfristig, mindestens einmal je Quartal, über die durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse.
- (2) Die Mitbehandlung des eingeschriebenen Versicherten erfolgt mit dem Ziel der Rücküberweisung an den koordinierenden Arzt möglichst innerhalb von 2 Quartalen. Bei längerer Behandlung bedarf es einer besonderen Begründung gegenüber dem koordinierenden Arzt.

(3) Zu den Aufgaben der DSPn gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen nach § 20 auf Veranlassung des koordinierenden Arztes, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVWL nachgewiesen ist,
4. die Einbeziehung anderer Leistungserbringer, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach Anlage 1 der DMP-A-RL erforderlich ist (im Übrigen entscheidet die DSP nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Leistungserbringer),
5. bei Einbeziehung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und anzufordern,
6. Rückmeldung an den koordinierenden Arzt nach § 3 ff. unter Angabe therapierelevanter Informationen (einschließlich derjenigen Informationen von ggf. einbezogenen anderen Leistungserbringern) zur Erstellung der Dokumentationen. Dies soll spätestens 2 Wochen nach der Befunderhebung erfolgen,
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) ist eine Einweisung in eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung vorzunehmen. Hier hat der Arzt mit der Anerkennung DSP eine vertraglich eingebundene geeignete stationäre Einrichtung zu empfehlen. Dabei ist auf der Einweisung mittels Hinweis „nimmt am DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teil“ oder „nimmt nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 teil“ zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.4 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Die Kostenträger werden sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden.

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

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 1 bzw. 7 der DMP-A-RL genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der medizinischen Anforderungen nach §137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen nach Nummer 1.8 der Anlage 1 bzw. 7 der DMP-A-RL einschließlich der Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 bis 6 dieser Vereinbarung,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

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

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

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,

- die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 13/14 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. 8 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach den Anlagen 13/14 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.
- (5) Die Ärzte mit einer Anerkennung als DSP bieten für koordinierende Ärzte ein gemeinsames Qualitätsforum an. Dieses soll mindestens zweimal im Jahr durchgeführt werden. Über die Teilnahme führt die DSP Anwesenheitslisten und stellt diese der KVWL einmal jährlich zum 31.12. zur Verfügung.
- (6) Die Ärzte mit einer Anerkennung als DSP sollen an einem etablierten Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen.
- (7) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Ärzten erteilten Aufträge nur von Ärzten oder Psychotherapeuten mit entsprechenden Genehmigungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien) erbracht werden.

§ 13

Vertragsmaßnahmen

- (1) Verstößt der Arzt gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung und/oder erfüllt die Anforderungen an die Strukturqualität nicht (mehr), löst dieses folgende Maßnahmen aus:

1. keine Vergütung für nicht vertragsgemäße Dokumentationen,
 2. auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung die schriftliche Aufforderung der KVWL an den betreffenden Arzt, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,
 3. sofortiger und fristloser Ausschluss des betreffenden Arztes von der Teilnahme durch Widerruf der Genehmigung, wenn er die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Maßnahme nach Ziffer 2 weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines zugelassenen DMP ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7 bzw. Anlage 1 Nummern 3 der DMP-A-RL erfüllt sind
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der Anlage 15 entsprechend Nummern 1.2 der Anlage 1 bzw. der Anlage 7 der DMP-A-RL, sowie
 2. die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und
 3. die schriftliche oder elektronische Information des Versicherten über
 - die Programminhalte,

- die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können,
 - die Möglichkeit, dass Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten.
- (2) Ergänzend zu den allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu prüfen. Danach können Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 in das DMP eingeschrieben werden, wenn - zusätzlich zu den in Nummer 3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Voraussetzungen - eine Insulinsubstitution und Stoffwechselfbstkontrolle gemäß Nummer 1.3.4 der Anlage 7 der DMP-A-RL eingeleitet oder durchgeführt wird.
- (3) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 gehört, dass die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Nummer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 1 der DMP-A-RL gesichert ist oder eine Therapie mit diabetesspezifischen, glukose-senkenden Medikamenten bereits vorliegt.
- (4) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.
- (5) Patientinnen mit Gestationsdiabetes nehmen nicht am DMP Diabetes mellitus teil. Die Förderung der Qualität der Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes wird gleichwohl durch Ärzte mit einer Anerkennung als DSP sichergestellt (vgl. Anlage 17).

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten zur Unterstützung der koordinierenden und fachärztlich qualifizierten Ärzte entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL bzw. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV schriftlich oder elektronisch, insbesondere durch Patienteninformationen (vgl. Anlage 15), über das Behandlungsprogramm. Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 14 erklärt sich der Versicherte zur Teilnahme am Behandlungsprogramm bereit und willigt schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere der Behandlungsdaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (vgl. Anlage 15) ein.
- (2) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL bzw. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 16 beim koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das jeweilige Behandlungsprogramm sind folgende Unterlagen notwendig:
 1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 15 mit Bestätigung und Unterschrift des koordinierenden Arztes, dass die angegebene Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind; insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensiviertere Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 1 bzw. 7 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitieren kann sowie
 2. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach §§ 3 ff. an der Vereinbarung teilnimmt und die von ihm selbst und vom Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 15 sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 25 plausibel und fristgerecht weiterleitet. Die Unterlagen sind dort innerhalb

der Frist nach § 26 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1/Typ 2 nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

- (5) Wenn sich der Versicherte zur Einschreibung in das DMP direkt an seine Krankenkasse wendet, kann diese für den Patienten - nach Information über die teilnehmenden Ärzte - einen koordinierenden Arzt vermitteln, damit die nach Abs. 3 notwendigen Unterlagen erstellt und übermittelt werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (8) Soweit ein an einem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme/Einwilligungserklärung nach Anlage 15 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Dies gilt auch, wenn der Versicherte bereits an einem anderen DMP nach § 137f SGB V teilnimmt. Bis zum vollendeten 15. Lebensjahr wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten von seinem gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse nach § 15 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen; die Form der Kündigung richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet in den Fällen des § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL.
Die Beendigungsgründe sind im Einzelnen:
 - der Versicherte erfüllt die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr,
 - der Versicherte hat innerhalb von 12 Monaten zwei der in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen,
 - zwei aufeinander folgende der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. 8 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, sind nicht innerhalb der Dokumentationsfrist übermittelt worden.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet ferner mit dem Tag des Endes der Mitgliedschaft des Versicherten (Kassenwechsel) bzw. mit dem Tag der Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung des DMP nach § 137g SGB V. Bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse, die sich nicht über mehr als 6 Monate erstreckt, kann die Teilnahme am DMP aufgrund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt Abs. 3 entsprechend. Im Übrigen ist eine erneute Einschreibung möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation fristgerecht an die Datenstelle nach § 25. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt.

Abschnitt VI - Schulungen

§ 19

Schulung, Information der Ärzte

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

§ 20

Schulung, Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP insbesondere durch die Patienteninformation nach Anlage 15 sowie über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten.
- (2) Grundsätzlich erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm nach Anlage 18. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Schulungsmaßnahmen sind für Patienten vorgesehen, die körperlich und geistig schulungsfähig sind und aktiv an der Umsetzung ihrer Therapieziele mitwirken. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche beziehungsweise deren Betreuungspersonen erhalten Zugang zu bereits durch das BAS geprüften und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31.12. 2019 in dieses DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten.
- (4) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte der Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.
- (5) Die KVWL stellt sicher, dass Schulungen nur unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass sämtliche Strukturvoraussetzungen nach Anlage 18 erfüllt werden. Hierzu verpflichtet die KVWL die durchführenden Praxen, u. a. Änderungen des Schulungspersonals der KVWL umgehend anzuzeigen.

Abschnitt VII
Arbeitsgemeinschaft und
Gemeinsame Einrichtung

§ 21
Arbeitsgemeinschaft

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

§ 22
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVWL und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 13/14 weiterzuleiten.
- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 25 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle nach § 25 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 23
Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet.

Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV in Westfalen-Lippe. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung in Westfalen-Lippe um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 24

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten, die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 13/14 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 1 bzw. Anlage 7 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL,
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Abschnitt VIII

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

§ 25

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben. .

- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 8 den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Absatz 1 geschlossenen Vertrag bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt, und beauftragt die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit diesen Aufgaben.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle (soweit sie diese Funktion nicht selbst wahrnimmt) mit folgenden Aufgaben:
 - Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,

- (4) Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL. Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,

- Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (5) Das Nähere zu den Abs. 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt. Sobald eine entsprechende Beauftragung erfolgt, wird der hierzu nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BAS unmittelbar übermittelt.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (vgl. Anlage 8) des Arztes nach § 3 ff. beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL für die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

§ 26

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 1 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL entsprechend den Empfehlungen zur Dokumentationsfrequenz nach Anlage 12 fest, welches Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.
- (4) Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL werden nach Maßgabe der Dokumentationsintervalle nach Abs. 2 grundsätzlich am Behandlungstag erstellt. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von 10 Tagen nach Erstellung der Dokumentation vorliegen. Hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle nach § 25 versandt.

§ 27

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Der nach § 3 ff. koordinierende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6,
 1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu erstellen und diese – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – spätestens zusammen mit
 2. der vollständigen Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL

innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 an die Datenstelle nach § 25 weiterzuleiten. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer (maximal sieben Ziffern). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Bei einem Arztwechsel vergibt der neue Arzt dem Versicherten eine neue DMP-Fallnummer.

- (2) Der Versicherte willigt einmalig in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein. Er wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung seiner Dokumentation informiert.
- (3) Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Arzt nach § 3 innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 25.

§ 28

Datenzugang / Berechtigung der Datenstelle

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 25 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.
- (2) Die nach § 25 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 37 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
 1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationsdaten,
 2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,
 3. schriftliche oder elektronische Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das DMP; die jeweilige Krankenkasse und die

KVWL verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen oder elektronischen Information,

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

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

- (3) Die Regelungen in Abs. 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2 a DMP-A-RL.

§ 29

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt IX

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 30

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL unmittelbar an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten (vgl. Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL) an die Gemeinsame Einrichtung.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten (vgl. Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL) an die KVWL.
- (4) Die Datenstelle übermittelt quartalsweise elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationsdaten zu Abrechnungszwecken. Näheres hierzu ist in den Anlagen 17 und 18 geregelt.

§ 31

Datenzugang

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

§ 32

Datenaufbewahrung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KVWL und der Gemeinsa-
men Einrichtung gemäß der DMP-A-RL aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüg-
lich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht bzw. vernichtet.
Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Kranken-
kassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2
a DMP-A-RL.

Abschnitt X Evaluation

§ 33

Evaluation

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

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vertragsärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte er-
folgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 35 nach Maßgabe des EBM und sind mit
der in der Anlage 1 zum Gesamtvertrag (Honorarvertrag) mit der KVWL definierten mor-
biditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten.

- (2) Die Vertragspartner werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der DMP zurückzuführen ist; ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen wegen der Leistungsmenge verhandeln.

§ 35

Qualitätsorientierte Vergütung

- (1) Für die Erbringung der Leistungen zur Optimierung der Versorgung von Typ 1- und Typ 2-Diabetikern werden folgende qualitätsorientierte Vergütungen vereinbart:
1. DMP-Leistungen nach Anlage 16,
 2. Versorgung durch DSPn nach Anlage 17,
 3. Patientenschulungen nach Anlage 18.
- (2) Details zur Abrechnungsprüfung sind in den Anlagen 16 bis 18 erläutert.
- (3) Die Leistungen nach Abs. 1 werden entsprechend der Anlage 1 zum Gesamtvertrag (Honorarvertrag) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und schließen eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Vereinbarung aus.
- (4) Die KVWL sorgt dafür, dass die Vergütungen aus dieser Vereinbarung gegenüber den teilnehmenden Ärzten in dem Honorarbescheid gesondert ausgewiesen werden.
- (5) Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVWL einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen (z.B. Ausweis der Vergütungen im Formblatt 3, Kontenart 404 bis zur 6. Stelle, Excel-Tabelle mit Arzt-/Versichertenbezug).
- (6) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

- (7) Die Krankenkassen/-verbände können der KVWL Verzeichnisse ihrer eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken übermitteln.

Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

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

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3, Kontenart 404, bis zur 6. Stelle versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Arzt versichertenbezogene Unterstützung bei der Durchführung der DMP an.

- (3) Soweit die Krankenkassen aufgrund von arzt-/versichertenbezogenen Informationen im Rahmen der Versorgungsoptimierung tätig werden (z.B. Gesundheits-Coaching, Gesundheitstipps, Reminderprozesse), erfolgt dies im Sinne der zwischen Arzt und Patient vereinbarten Behandlungsziele.
- (4) Verhaltensweisen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Abstimmung nach Absatz 3 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Arzt der KVWL bzw. von den Krankenkassen/-verbänden gegenseitig mitzuteilen. Die KVWL und die/der betroffene Krankenkassen/-verband entscheiden über eine bilaterale Klärung.
- (5) Die KVWL und die Krankenkassen/-verbände werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2023 in Kraft und löst die DMP-Vereinbarungen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 in der Fassung vom 01.07.2021 einschließlich der 11. Änderungsvereinbarung ab.
- (2) Die Anwendung der Regelungen dieser Vereinbarung in Bezug auf die jeweilige Krankenkasse setzt voraus, dass diese über ein zugelassenes DMP verfügt. Die Regelungen dieser Vereinbarung zum Datenfluss (Abschnitt VII bis IX) sind Bestandteil der zwischen den jeweiligen Vertragspartnern geschlossenen „Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V“.
- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen erfolgen müssen, werden unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen.
- (4) Sollten sich aufgrund der vorgenannten Änderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte in den Anlagen 1 bzw. 7 der DMP-A-RL Änderungen ergeben, so sind

die Ärzte über diese Änderungen unverzüglich durch die KVWL zu unterrichten.

- (5) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig; dies gilt auch für das Teilnahmeverfahren der Ärzte mit einer Anerkennung als DSP.
- (6) Die DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 und die zu deren Durchführung geschlossenen Verträge sind innerhalb der Fristen nach § 137g Abs. 2 SGB V anzupassen.
- (7) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Regelungen zur Vergütung (vgl. § 35 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i. V. m. den Anlagen 16 bis 18) können unabhängig von dieser Vereinbarung mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Kündigungen nach Satz 1 und 2 können auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse erklärt werden; eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (8) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 37 Abs. 3 sein. Ferner kann die Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP gekündigt werden.

§ 39

Schriftform

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

§ 40

Salvatorische Klausel

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