

Vertrag

zur Durchführung der

**strukturierten Behandlungsprogramme (DMP)
nach § 137f SGB V**

**Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit (KHK)
Asthma/COPD**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, KVB
Elsenheimerstr. 39, 80687 München**

**– handelnd für im Rahmen dieser Vereinbarung
teilnahmeberechtigte Ärzte –**

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Bayern

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

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

dem BKK Landesverband Bayern,

der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München – und

der IKK classic

auf der Grundlage des § 83 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Präambel	8
Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich	9
§ 1 Ziele des Vertrags.....	9
§ 2 Geltungsbereich und Grundlage	11
Abschnitt II – Teilnahme von Ärzten und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	12
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte.....	12
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der zweiten Versorgungsebene (DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD)	14
§ 5 Ermächtigte Ärzte	15
§ 6 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen	15
§ 7 Teilnahmeerklärung der Ärzte	15
§ 8 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	17
§ 9 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	17
§ 10 Verzeichnisse über Leistungserbringer sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen	18
Abschnitt III – Versorgungsinhalte	19
§ 11 Medizinische Anforderungen an die DMP	19
Abschnitt IV – Qualitätssicherung	19
§ 12 Grundlagen und Ziele.....	19
§ 13 Maßnahmen und Indikatoren	20
§ 14 Maßnahmen gegen Leistungserbringer.....	20
Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	21
§ 15 Teilnahmevoraussetzungen	21
§ 16 Information und Einschreibung.....	23
§ 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	24
§ 18 Beginn und Ende der Teilnahme.....	24
§ 19 Wechsel des koordinierenden Arztes	25
§ 20 Versichertenverzeichnis	25
Abschnitt VI – Schulung	25
§ 21 Teilnahmeberechtigte Ärzte	25
§ 22 Versicherte.....	26
Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Ärzte und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben	27
§ 23 Datenstelle	27
§ 24 Erst- und Folgedokumentationen	28
§ 25 Datenfluss zur Datenstelle	28
§ 26 Datenzugang	29
§ 27 Datenaufbewahrung und -löschung.....	29
Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVB und die Gemeinsame Einrichtung	29

§ 28 Datenfluss.....	29
§ 29 Datenzugang	29
§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung.....	30
Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung	30
§ 31 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	30
§ 32 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	30
§ 33 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	30
§ 34 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung.....	31
Abschnitt X – Evaluation	31
§ 35 Evaluation	31
Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung	32
§ 36 Ärztliche Leistungen.....	32
§ 37 Sondervergütung	32
Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen	33
§ 38 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	33
§ 39 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	33
§ 40 Laufzeit und Kündigung	33
§ 41 Schriftform	34
§ 42 Salvatorische Klausel.....	34

Übersicht Anlagen

Indikationsspezifische Anlagen:

- | | |
|-----------|---|
| Anlage 1a | Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3 |
| Anlage 1b | Diabetes mellitus Typ 1: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 für die Betreuung von Erwachsenen |
| Anlage 1c | Diabetes mellitus Typ 1: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 (hausärztliche Versorgung) |
| Anlage 1d | Diabetes mellitus Typ 1: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen |
| Anlage 1e | Diabetes mellitus Typ 1: Qualitätssicherung |
| Anlage 1f | Diabetes mellitus Typ 1: Dokumentations-Datensatz |
| Anlage 1g | Diabetes mellitus Typ 1: Leistungserbringerverzeichnis |
| | |
| Anlage 2a | Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3 |
| Anlage 2b | Diabetes mellitus Typ 2: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 |
| Anlage 2c | Diabetes mellitus Typ 2: Strukturqualität zweite Versorgungsebene – diabetologisch besonders qualifizierter Arzt nach § 4 |
| Anlage 2d | Diabetes mellitus Typ 2: Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung) |
| Anlage 2e | Diabetes mellitus Typ 2: Qualitätssicherung |
| Anlage 2f | Diabetes mellitus Typ 2: Dokumentations-Datensatz |
| Anlage 2g | Diabetes mellitus Typ 2: Leistungserbringerverzeichnis |
| | |
| Anlage 3a | KHK: Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3 |
| Anlage 3b | KHK: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3 |
| Anlage 3c | KHK: Strukturqualität zweite Versorgungsebene – kardiologisch qualifizierter Facharzt nach § 4 |
| Anlage 3d | KHK: Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung) |
| Anlage 3e | KHK: Qualitätssicherung |
| Anlage 3f | KHK: Dokumentations-Datensatz |

- Anlage 3g KHK: Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 4a Asthma/COPD: Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3
- Anlage 4b Asthma/COPD: Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3
- Anlage 4c Asthma/COPD: Strukturqualität zweite Versorgungsebene – pneumologisch qualifizierter Facharzt nach § 4
- Anlage 4d Asthma/COPD: Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)
- Anlage 4e Asthma: Qualitätssicherung
- Anlage 4f COPD: Qualitätssicherung
- Anlage 4g Asthma: Dokumentations-Datensatz
- Anlage 4h COPD: Dokumentations-Datensatz
- Anlage 4i Asthma: Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 4j COPD: Leistungserbringerverzeichnis

Indikationsübergreifende Anlagen:

- Anlage 5 Teil 1 – Teilnahmeerklärung Arzt - Mindestinhalte
- Anlage 5 Teil 2 – Teilnahmeerklärung Arzt - Anhang - Mindestinhalte
- Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter
- Anlage 7 Datenschutzzinformation
- Anlage 8 Patientenmerkblatt
- Anlage 9 Patientenschulungen
- Anlage 10 Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal
- Anlage 11 Vergütung

Erläuterungen

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

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

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

„Jeweilige medizinische Versorgungsinhalte“ sind

- für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 die Anlage 1 der DMP-A-RL
- für das DMP Koronare Herzkrankheit die Anlage 5 der DMP-A-RL
- für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 die Anlage 7 der DMP-A-RL
- für das DMP Asthma die Anlage 9 der DMP-A-RL sowie
- für das DMP COPD Anlage 11 der DMP-A-RL.

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

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„KVB“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.

„KBV“ ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss.

„GKV“ ist der GKV-Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

„Leistungserbringer“ sind die Ärzte sowie angestellte Ärzte.

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ) und ermächtigte Ärzte i. S. d. § 5.

„Vertragsärzte“ sind Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

„Anstellender Arzt“ ist ein Vertragsarzt oder MVZ, der/das berechtigt ist, einen Arzt i. S. d. § 95 Abs. 9 bzw. § 95 Abs. 1 SGB V anzustellen.

„Angestellter Arzt“ ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Vertragsarztpraxis oder einem MVZ gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V.

„Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3.

„Anlagen zur Qualitätssicherung“ sind

- für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 die Anlage 1e
- für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 die Anlage 2e
- für das DMP Koronare Herzkrankheit die Anlage 3e
- für das DMP Asthma die Anlage 4e sowie
- für das DMP COPD die Anlage 4f.

„Dokumentationsdaten“ sind die

- für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Anlage 1f
- für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Anlage 2f
- für das DMP Koronare Herzkrankheit in der Anlage 3f
- für das DMP Asthma in der Anlage 4g sowie
- für das DMP COPD in der Anlage 4h

aufgeführten Daten.

Bei minderjährigen Versicherten/Patienten gelten die gesetzlichen Bestimmungen über die Vertretung.

„Krankenkassen“ sind die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, der BKK Landesverband Bayern (bzw. die BKK oder die Zentrale Annahmestelle der BKK (ZAS)), die KNAPP-SCHAFT – Regionaldirektion München –, die IKK classic und die durch den vdek vertretenen Ersatzkassen.

„GKV-Patient“ ist ein Patient, dessen Kostenträger die gesetzliche Krankenversicherung ist.

„DMP-Vertrag in der Fassung vom 10.06.2010, 12.06.2013, 22.06.2015, 09.06.2017, 11.12.2017, 15.03.2018 und vom 25.03.2019“ ist der Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD vom 10.06.2010 12.06.2013, 22.06.2015, 09.06.2017, 11.12.2017, 15.03.2018, 25.03.2019 sowie vom 01.03.2021.

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

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease Management Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen und die KVB den folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung der Disease Management Programme für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma und COPD. Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den DMP-Vertrag in der Fassung vom 01.03.2021.

Die grundlegenden Regelungen für die oben genannten fünf Behandlungsprogramme finden sich in diesem Vertrag. Die Vertragspartner verfolgen mit der Durchführung das Ziel, mittels adäquater Betreuung und kompetentem Umgang den Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten der Patienten positiv beeinflussen zu können. Dies wird u. a. durch eine optimierte Koordination von Diagnostik, Therapie und Einbindung der Versorgungssektoren sowie eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten unterstützt.

Die an diesen Behandlungsprogrammen teilnehmenden Versicherten sind grundsätzlich gemäß der in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalte zu behandeln und zu beraten. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Die aktuellen vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2020 in Kraft getretenen DMP-A-RL. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.

Mit dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA überführt werden.

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrags

- (1) Ziel des Vertrags ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, KHK und/oder Asthma bzw. COPD. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die Ärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam darauf hin, dass der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt wird, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in der DMP-A-RL festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am jeweiligen Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele an:

1. DMP Diabetes mellitus Typ 1 (gemäß Nummer 1.3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL):

Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:

- Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung 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 (z. B. Lipohypertrophien).
- Für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen stehen entsprechend Nummer 1.7.1 der Anlage 7 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.

2. DMP Diabetes mellitus Typ 2 (gemäß Nummer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL):

Die Therapie dient der Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung oder der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus Typ 2 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei sind in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen der Versicherten folgende individuelle Therapieziele anzustreben:

- 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 Stoffwechsellageleistungen,
- 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. DMP KHK (gemäß Nummer 1.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL):

Eine koronare Herzkrankheit ist mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko verbunden. Bei häufigem Auftreten von Angina pectoris-Beschwerden ist die Lebensqualität vermindert. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele:

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Steigerung oder Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

4. DMP Asthma (gemäß Nummer 1.3 der Anlage 9 DMP-A-RL):

Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und Verbesserung der asthmarelevanten Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Versicherten anzustreben:

- Vermeidung/Reduktion:
 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,

- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

5. DMP COPD (gemäß Nummer 1.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL.):

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität. Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen der Versicherten anzustreben:

- Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
 - einer raschen Progredienz der Erkrankung bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;
 - Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten.
- (3) Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. Begleiterkrankungen (auch unter Einbeziehung des Alters) ist gemeinsam mit dem Patienten eine differenzierte Therapieplanung zu vereinbaren. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere diagnosespezifische Therapieziele (z. B. für Blutdruck, BMI, Lebensstilmodifikation, Stoffwechselfparameter, Lungenfunktion, Raucherstatus, etc.) festzulegen sowie das Vorliegen von Mischformen und Komorbiditäten zu berücksichtigen (Asthma und COPD), vgl. Nummer 1.3.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL DMP Diabetes mellitus Typ 1, Nummer 1.3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL DMP Diabetes mellitus Typ 2, Nummer 1.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL DMP KHK, Nummer 1.4. der Anlage 9 der DMP-A-RL DMP Asthma, Nummer 1.4 der Anlage 11 der DMP-A-RL DMP COPD. Der Arzt hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Abs. 2 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

§ 2

Geltungsbereich und Grundlage

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Ärzte im Bereich der KVB, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

Sonderregelung für die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse:

Dieser Vertrag gilt zusätzlich für die Behandlung von Versicherten anderer AOKn, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK Bayern mit der AOK des Versicherten geregelt und die KVB darüber informiert wurde. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte.

Dem Vertrag können weitere AOKn beitreten, sofern sie gegenüber der KVB erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß Anlage 11 „Vergütung“ im Rahmen des Fremdkassenausgleichs anerkennen. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte.

Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen AOK. Die Durchführung der Programme erfolgt durch die AOK Bayern.

Sonderregelungen für die IKK classic:

Dem Vertrag können weitere IKK n beitreten, sofern sie gegenüber der KVB und der IKK classic erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen im DMP gemäß Anlage 11 „Vergütung“ im Rahmen des Fremdkassenausgleichs anerkennen. Die KVB und die IKK classic werden von der beitretenden IKK informiert. Die KVB informiert die teilnehmenden Ärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

Teilnehmende Ärzte leiten die Information an ihre angestellten Ärzte weiter.

- (2) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV und die DMP-A-RL.

Abschnitt II – Teilnahme von Ärzten und Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesen Programmen ist freiwillig. Sie ist nur mit Genehmigung der KVB zulässig.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind in den Anlagen „Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3“ beschrieben:
- für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Anlage 1a
 - für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Anlage 2a
 - für das DMP KHK in der Anlage 3a
 - für das DMP Asthma/COPD in der Anlage 4a
- Die Anforderungen an die in den jeweiligen Anlagen geregelte „Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) 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 § 7 bestätigt der antragstellende Arzt, 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 die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVB nach. Endet die Tätigkeit des angestellten Arztes oder endet die Tätigkeit des angestellten Arztes an einer genehmigten Betriebsstätte, so hat der teilnehmende Arzt dies unverzüglich schriftlich der KVB mitzuteilen.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Ärzte (im Weiteren als koordinierende Ärzte bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 11 geregelten Versorgungsinhalte und der darin enthaltenen Kooperationsregeln,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,

3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 16, Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVB nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
 6. bei Vorliegen der in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten genannten Indikationen eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 10. Dabei sind die individuellen Patienteninteressen und die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
 7. bei Über-/Einweisung sind therapierelevante Informationen entsprechend § 11 bzw. der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte, wie z. B. die medikamentöse Therapie, an den behandelnden Arzt zu übermitteln und ggf. einzufordern,
 8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten genannten Indikationen) die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung nach § 6 unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Versicherten. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX,
 9. die Erstellung einer Dokumentation erfordert zwingend einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt.
- (6) Weitere indikationsspezifische Pflichten sind in den Anlagen „Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3“ beschrieben:
- für das DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Anlage 1a
 - für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Anlage 2a
 - für das DMP KHK in der Anlage 3a
 - für das DMP Asthma/COPD in der Anlage 4a
- (7) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Pflichten in Abs. 5 sowie in Abs. 6 i. V. m. den Anlagen „Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Ärzte nach § 3“ entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vertragsinhalte Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der zweiten Versorgungsebene (DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig. Sie ist nur mit Genehmigung der KVB zulässig.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind in den Anlagen „Strukturqualität zweite Versorgungsebene“ beschrieben:
 - für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 in der Anlage 2c
 - für das DMP KHK in der Anlage 3c
 - für das DMP Asthma/COPD in der Anlage 4c

Die Anforderungen an die jeweilige in den Anlagen geregelte „Strukturqualität zweite Versorgungsebene“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) 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 § 7 bestätigt der antragstellende Arzt, 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 die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVB nach. Endet die Tätigkeit des angestellten Arztes oder endet die Tätigkeit des angestellten Arztes an einer genehmigten Betriebsstätte, so hat der teilnehmende Arzt dies unverzüglich schriftlich der KVB mitzuteilen.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 11 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 12, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KVB entsprechend nachgewiesen wurde,
 4. die Überweisung insbesondere an vertraglich eingebundene Leistungserbringer sowie an andere Leistungserbringer entsprechend den Anlagen 2d, 3d und 4d „Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)“ entsprechend der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, die Übermittlung therapierelevanter Informationen je Behandlungsfall und Quartal in Form eines Zwischenberichts an den koordinierenden Arzt nach § 3. Bei einer Stabilisierung des Zustandes des Patienten ist zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den koordinierenden Arzt möglich ist,
 6. bei Abschluss der Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln und von diesem zur Mit- und bei Abschluss Weiterbehandlung therapierelevante Informationen einzufordern,

7. bei Vorliegen der in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten genannten Indikationen ist eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 10 vorzunehmen. Dabei sind die individuellen Patienteninteressen und die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
 8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (der in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten genannten Rehabilitationsziele) die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung nach § 6 unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Versicherten. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
- (6) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Pflichten i. S. d. Abs. 5 entsprechend. Der anstellende Arzt haftet für die Erfüllung dieser Pflichten wie für die eigene Tätigkeit und soll durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vertragsinhalte Sorge tragen.

§ 5 Ermächtigte Ärzte

Krankenhausärzte können an diesem Vertrag teilnehmen, wenn ihre Ermächtigung die Erbringung der betreffenden Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung umfasst und sie die in diesem Vertrag geforderten Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen. Die Teilnahmeberechtigung beschränkt sich auf die Erbringung nur derjenigen Leistungen, die von der jeweils bestehenden Ermächtigung umfasst sind. Die Teilnahme begründet keinerlei Ansprüche auf die Erweiterung der jeweils bestehenden Ermächtigung bzw. auf Verlängerung der Ermächtigung bei Fristablauf.

§ 6 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen wird in separaten Verträgen zwischen den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und den genannten Einrichtungen geregelt.

§ 7 Teilnahmeerklärung der Ärzte

- (1) Der Arzt erklärt sich schriftlich zur Teilnahme am DMP bereit. Dies geschieht gegenüber der KVB unter Angabe der Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder im DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK und Asthma/COPD als Arzt der zweiten Versorgungsebene nach § 4 im Rahmen einer Teilnahmeerklärung. Die Mindestinhalte dieser Teilnahmeerklärung sind in der Anlage 5 „Teil 1 - Teilnahmeerklärung - Mindestinhalte“ aufgeführt. Die Teilnahme kann nur durch Vertragsärzte, zugelassene MVZ oder ermächtigte Ärzte im Sinn des § 5 erklärt werden. Sollen die Leistungen durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so muss die Teilnahmeerklärung die administrativen Daten des anstellenden Arztes und die des angestellten Arztes (Name, Vorname, Betriebsstättennummer (BSNR), Lebenslange Arztnummer (LANR)) enthalten. Endet das Anstellungsverhältnis des angestellten Arztes, so hat dies der anstellende Arzt der KVB unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

- (2) Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag ist personen-, teilnahmestatus- und betriebsstättenbezogen. Eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Abs. 1 ist in den nachfolgenden Fällen nicht erforderlich, hier ist eine (neue) Erklärung auf Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag ausreichend (vereinfachter Teilnahmeantrag):
- sofern sich der Teilnahmestatus eines zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigten Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung ändert oder
 - die Tätigkeit an einer weiteren Betriebsstätte (im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder in einer Filiale) ausgeübt werden soll oder
 - der Inhaber einer Teilnahmegenehmigung seinen Vertragsarztsitz i. S. d. § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV verlegt.
- § 7 Abs. 1 Satz 2 und 4 gelten für diese Erklärung nicht. Die erforderlichen Nachweise sind auf Anforderung durch die KVB einzureichen.
- (3) Mit der Antragstellung bestätigt der Arzt, dass er bzw. der bei ihm angestellte Arzt die Strukturqualitäten gemäß der Anlagen 1b, 1c, 1d, 2b, 3b bzw. 4b („Strukturqualität koordinierender Arzt“) und/oder in den DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK und Asthma/COPD gemäß der Anlagen 2c, 3c bzw. 4c („Strukturqualität zweite Versorgungsebene“) erfüllt.
- (5) Die bereits im Rahmen des DMP-Vertrags in der Fassung vom 15.03.2018 bestehenden Genehmigungen bleiben im Rahmen des am 31.03.2019 bestehenden Genehmigungsumfangs hinsichtlich dieses Vertrags erhalten. Eine erneute Teilnahmeerklärung bzw. ein erneuter Schulungsantrag der Ärzte und eine Genehmigungserteilung durch die KVB sind insoweit nicht erforderlich.
- (6) Hinsichtlich des Nachweises des nichtärztlichen Personals gilt Anlage 1b Nummer II. und Anlage 2c Nummer II.

§ 8

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVB prüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der §§ 3 und 4 und der Schulungsberechtigungen entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 22 Abs. 4 S. 1 und entscheidet über die Teilnahme des Arztes. Die KVB informiert die Krankenkassen(verbände) durch das Leistungserbringerverzeichnis über die Genehmigungserteilung. Zum Erfordernis des Nachweises von Mindestfallzahlen zur Erteilung von Genehmigungen zur Teilnahme an diesem Vertrag gilt Folgendes: Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass sämtliche Regelungen zum Erfordernis des Nachweises von Mindestfallzahlen aufgrund des Urteils des BSG vom 29.11.2017 (AZ: B 6 KA 32/16 R) mit Wirkung zum 29.11.2017 entfallen. Sollte der G-BA zukünftig einen nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -ergebnis (Bestehen einer entsprechenden Studienlage) im Sinn des Urteils des BSG vom 29.11.2017 nachweisen können, nehmen die Vertragspartner die Verhandlungen zum Erfordernis des Nachweises dieser Fallzahlen wieder auf.

Hat ein ermächtigter Arzt im Rahmen seiner stationären Tätigkeit entsprechende Leistungen erbracht, kann die KVB diese berücksichtigen. Hierzu hat er der KVB eine Bestätigung des Klinikträgers vorzulegen, aus der hervorgeht, bei welchen GKV-Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Diabetes mellitus Typ 2 (gesicherte Diagnosen) Leistungen abgerechnet wurden. Die KVB bestimmt die für den Nachweis erforderlichen Abrechnungsquartale.

- (2) Bei diabetologisch besonders qualifizierten Ärzten, die am 30.06.2021 am DMP-Vertrag vom 01.03.2021 im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder 2 nach Anlage 1b und/oder 2c teilgenommen haben, werden bei einer Genehmigungserteilung aufgrund des Wechsels der Zulassungsform, die Genehmigungsvoraussetzungen grundsätzlich nicht mehr überprüft. Die fachlichen Voraussetzungen des nichtärztlichen Personals und die Ausstattung der Betriebsstätte werden jedoch überprüft.

In den Anlagen 1b bzw. 2c sind die Voraussetzungen an das nichtärztliche Personal geregelt.

Die Ausstattung der Betriebsstätte muss die Voraussetzungen der Anlage 1b bzw. Anlage 2c dieses Vertrags erfüllen. Hiervon gilt folgende Ausnahme:

Ärzte, die nach dem DMP-Vertrag in der Fassung vom 25.03.2009 die Berechtigung zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit diabetischem Fußsyndrom im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 nicht gehabt haben, müssen Anlage 1b III. Spiegelstrich 7-12 bzw. Anlage 2c III. Spiegelstrich 7-12 nicht erfüllen.

- (3) Sofern die KVB Nachweise im Rahmen dieses Vertrages anfordert, werden diese nur gewertet, wenn die Nachweise innerhalb der von der KVB gesetzten Frist der KVB zugehen.

§ 9

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Programm beginnt mit schriftlicher Erteilung der Genehmigung durch die KVB an den Vertragsarzt, den anstellenden Arzt, wenn dieser durch einen angestellten Arzt am Programm teilnimmt bzw. das MVZ, wenn dieses durch einen angestellten Arzt oder einen Vertragsarzt im MVZ am Programm teilnimmt.

Eine Erteilung der Genehmigung zur Teilnahme am Programm erfolgt auch bei den in § 7 Abs. 2 genannten Fällen.

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

- (3) Die KVB informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden eines Arztes.
- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen den hier- von betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 10 zukommen lassen.
- (5) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertrags- ärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an diesem Vertrag ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit eines ange- stellten Arztes an einer genehmigten Betriebsstätte endet diese Genehmigung zur Teil- nahme des anstellenden Arztes am jeweiligen DMP mit dem Tag der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes an der genehmigten Betriebsstätte.
Im Falle der Beendigung der Tätigkeit eines Vertragsarztes im MVZ oder dessen Tätig- keit an einer genehmigten Betriebsstätte des MVZ, endet diese Genehmigung zur Teil- nahme des MVZ mit dem Tag der Beendigung der Tätigkeit des Vertragsarztes im MVZ oder dessen Tätigkeit an der genehmigten Betriebsstätte des MVZ.
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1b, 1c, 1d, 2b, 3b bzw. 4b („Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3“) und/oder den Anlagen 2c, 3c bzw. 4c („Strukturqualität zweite Versorgungsebene“) näher bezeichneten Voraussetzungen er- füllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung in den DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (8) Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen gemäß der §§ 3 und/oder 4 nicht mehr vorliegen.

§ 10

Verzeichnisse über Leistungserbringer sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß der §§ 3 und 4 führt die KVB ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten an- gestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVB stellt dieses Ver- zeichnis den Krankenkassen und der beauftragten Datenstelle nach § 23 mit jeder Ände- rung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte, Änderung der Schulungsberechtig- ung oder einer Änderung der Lebenslangen Arztnummer bzw. Betriebsstättennummer in elektronischer Form entsprechend der Anlagen 1g, 2g, 3g, 4i sowie 4j „Leistungser- bringerverzeichnis“ unverzüglich zur Verfügung. Um die technische Umsetzung zu ge- währleisten, kann an die beauftragte Datenstelle auch ein abweichendes Format geliefert werden.
- (2) Das Verzeichnis über teilnehmende Ärzte stellen die Krankenkassen dem BAS bei An- trag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung ist das Verzeichnis dem BAS alle fünf Jahre und auf Anforderung sowie ggf. auch weiteren Aufsichtsbehör- den auf Anforderung in aktualisierter Form vorzulegen.
- (3) Die Krankenkassen führen je ein Verzeichnis der vertraglich eingebundenen Kranken- häuser und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BAS bei Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle fünf Jahre und auf Anforderung sowie ggf. auch weiteren Auf- sichtsbehörden auf Anforderung in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin werden die nach der ärztlichen Berufsordnung zulässigen Passagen aus den in Abs. 1 bis Abs. 3 genannten Verzeichnissen folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten,

2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der KVB und
 4. der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG).
- (5) Die nach der ärztlichen Berufsordnung zulässigen Passagen aus den Verzeichnissen können z. B. in Mitglie­derzeitschriften veröffentlicht werden.
- (6) DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: Die KVB informiert regelmäßig die teilnehmenden Ärzte über die auf die Behandlung des diabetischen Fußes spezialisierten Einrichtungen.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 11

Medizinische Anforderungen an die DMP

Die medizinischen Anforderungen sind in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL, unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die medizinische Behandlung der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte unterrichtet. Der teilnehmende Arzt nach § 3 und/oder § 4 verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 7 insbesondere, die für ihn maßgeblichen Versorgungsinhalte zu beachten. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt durch einschlägige arbeitsvertragliche Regelungen dafür Sorge zu tragen, dass die Vorschriften und die Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL, von dem angestellten Arzt beachtet werden. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 12

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den Anlagen zur Qualitätssicherung genannten Ziele. Hierzu 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 Versorgungssektoren gemäß der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte,
4. Einhaltung der in diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß den jeweiligen Dokumentationsdaten,
6. aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 13 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieser DMP durch die Vertragspartner Maßnahmen und Indikatoren gemäß den Anlagen zur Qualitätssicherung zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer gemäß § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.Ihr Einsatz kann auf im Behandlungsprogramm zu spezifizierende Gruppen von Patienten sowie Leistungserbringern beschränkt werden, die ein ausreichendes Verbesserungspotenzial erwarten lassen.
- (3) Zur Auswertung der in den Anlagen zur Qualitätssicherung fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlagen 2, 6, 8, 10 und 12 der DMP-A-RL heranzuziehen.
- (4) Die Ergebnisse zu den vereinbarten Qualitätsindikatoren sind von den Vertragspartnern i. d. R. jährlich zu veröffentlichen.
- (5) Die Krankenkassen oder ihre Verbände erstellen für die Programme Qualitätsberichte nach den Vorgaben der DMP-Anforderungen-Richtlinie des G-BA. Die Übermittlung des Berichts hat durch die Krankenkasse oder einen von ihr beauftragten Dritten bis spätestens zum 01.10. des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres an das BAS zu erfolgen. Er ist zeitnah in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

§ 14 Maßnahmen gegen Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner kommen überein, die folgenden unter Abs. 2 Nr. 2 und 3 geregelten Maßnahmen im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung nach §§ 33 und 34 abzustimmen. Die Wiedererteilung einer Teilnahmegenehmigung kann von in der Gemeinsamen Einrichtung einvernehmlich festgelegten Auflagen abhängig gemacht werden (z. B. Hospitanz, Fortbildung).
- (2) Verletzen die nach § 3 und/oder § 4 teilnehmenden Ärzte die sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen.
 1. Keine Vergütung für unvollständige oder unplausible Dokumentationen,
 2. Aufforderung durch die KVB zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KVB (z. B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KVB (Ausschluss).
- (3) Die Pflicht zum Widerruf gemäß § 14 Abs. 3 des DMP-Plattformvertrags vom 11.12.2017 entfällt aufgrund des Urteils des BSG vom 29.11.2017 (AZ: B 6 KA 32/16 R) mit Wirkung zum 29.11.2017. Sollte der G-BA zukünftig einen nach wissenschaftlichen Maßstäben wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -ergebnis

(Bestehen einer entsprechenden Studienlage) im Sinn des Urteils des BSG vom 29.11.2017 nachweisen können, nehmen die Vertragspartner die Verhandlungen zur Regelung des § 14 Abs. 3 des DMP-Plattformvertrags vom 11.12.2017 wieder auf.

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 15 Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern gemäß Abschnitt 3 der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte, die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:

1.a DMP Diabetes mellitus Typ 1:

Die Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 ist gemäß Nummer 1.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL gesichert. Zudem wurde bei dem Versicherten eine Insulintherapie gemäß Nummer 1.3.4 der Anlage 7 DMP-A-RL eingeleitet bzw. die Insulintherapie wird bereits durchgeführt.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmen.

Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

1.b DMP Diabetes mellitus Typ 2:

Die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 ist gemäß Nummer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL gesichert oder es liegt gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten vor.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können nicht am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen.

Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.

1.c DMP KHK:

Die Diagnose KHK ist gemäß Nummer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL gesichert.

Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Chronische Herzinsuffizienz und am DMP KHK ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2020 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Abs. 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

1.d DMP Asthma/COPD:

Die Diagnose Asthma bzw. COPD ist gemäß der Nummer 1.2 der Anlage 9 der DMP-A-RL bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL gesichert und der Patient ist bisher weder im DMP Asthma noch im DMP COPD eingeschrieben. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Asthma und DMP COPD ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat eine Einschreibung in das vorrangig einzustufende DMP zu erfolgen. Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma nicht möglich. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit

besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

Teilnahmeberechtigt für die Indikation Asthma sind Versicherte, die das erste Lebensjahr vollendet haben, teilnahmeberechtigt für die Indikation COPD sind Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Asthmatische Symptome sind bei Kleinkindern häufig. Ein Teil der Kinder verliert die Symptome bis zum Schulalter. Oft handelt es sich dabei um Kinder, deren asthmatische Symptome lediglich im Rahmen von Infekten auftreten. Eine sichere Aussage darüber, ob auch im Schulalter die Einschreibekriterien für das DMP Asthma bronchiale erfüllt sind, ist bei Aufnahme in das Behandlungsprogramm nicht möglich. Entscheidend ist die Einschränkung der Lebensqualität durch das Asthma bronchiale zum Zeitpunkt der Einschreibung.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Nummer 3 der Anlage 9 der DMP-A-RL. Der Arzt soll prüfen, ob der Versicherte im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 9 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Kinder und Jugendliche sind grundsätzlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin zu koordinieren.

2. Der Versicherte/gesetzliche Vertreter erteilt die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und in die Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
3. Der Versicherte/gesetzliche Vertreter erhält umfassende, auch schriftliche Information
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder einem von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - über die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über seine Mitwirkungspflichten sowie
 - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an einem Programm zur Folge hat.
4. Der Versicherte kann im Hinblick auf die in den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.

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

(3) Die Teilnahme der Versicherten an dem DMP-Vertrag in der Fassung vom 01.03.2021 bleibt auch an diesem Vertrag bestehen. Eine erneute Einschreibung der Versicherten allein aufgrund der Neufassung ist nicht erforderlich.

§ 16

Information und Einschreibung

- (1) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 bzw. ggf. der angestellte Arzt informiert grundsätzlich entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV, § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und über die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seine nach § 15 Abs. 1 teilnahmeinteressierten Patienten, insbesondere durch die Patienteninformation bestehend aus dem Patientenmerkblatt, der Datenschutzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 6 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter“, Anlage 7 „Datenschutzinformation“ und Anlage 8 „Patientenmerkblatt“). Die Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei dem koordinierenden Arzt einschreiben. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (2) Sollte der Versicherte weitergehende Fragen hinsichtlich des Einschreibeprozesses haben, verweist ihn der Arzt an die jeweilige Krankenkasse. Dies gilt insbesondere in Fragen des Datenschutzes.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in ein DMP müssen den Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
 - die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten/gesetzlichen Vertreters gemäß § 17 mit der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose(n) durch den koordinierenden Arzt. Insbesondere erklärt der Arzt, dass der Versicherte grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.
 - die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Dokumentationsdaten.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 17 sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Dokumentationsdaten an die Datenstelle entsprechend § 25 weiterleitet.

Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass der Versicherte grundsätzlich nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich grundsätzlich indikationsübergreifend für einen koordinierenden Arzt entscheiden. Hiervon ausgenommen ist die Koordination in den DMP Brustkrebs und Diabetes mellitus Typ 1.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in ein DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 von der Krankenkasse an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 2 und 4 erstellt und an die Datenstelle weitergeleitet werden.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 und 4 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem nach § 3 koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP.
- (7) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 8 „Patientenmerkblatt“ sowie auf Verlangen durch Verzeichnisse über beteiligte Leistungserbringer gemäß § 10 umfassend über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen informieren. Sie informieren darüber, in welcher Form auf Verlangen Verzeichnisse über die am Programm teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 10 zur Verfügung gestellt werden.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über die DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV, § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL (vgl. Anlage 8 „Patientenmerkblatt“) und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung (vgl. Anlage 7 „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte durch Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 6 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter“ zur Teilnahme am entsprechenden DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Erklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 18

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Für die Teilnahme des Versicherten am DMP müssen der jeweiligen Krankenkasse sowohl die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (mit Unterschriftsdatum) als auch die vollständige und plausible Erstdokumentation (mit Datum der Erstellung bzw. Korrektur) zugegangen sein. Für den Tag des Beginns der Teilnahme des Versicherten am DMP ist das jüngste der vorgenannten Daten maßgeblich.
- (2) Bis zum Zugang der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei der Krankenkasse kann diese vom Versicherten widerrufen werden.
- (3) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - der Kündigung der Teilnahme gegenüber der zuständigen Krankenkasse durch den Versicherten (sofern vom Versicherten kein späterer Termin für das Ausscheiden bestimmt wurde),
 - des Kassenwechsels (Ausnahme: Liegt eine Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse vor, die sich über nicht mehr als sechs Monate erstreckt, kann seine Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation gemäß der Dokumentationsdaten fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV entsprechend.),
 - des Endes des nachgehenden Leistungsanspruchs gemäß § 19 Abs. 2, 3 SGB V,
 - der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, wenn der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt, wenn er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder wenn zwei aufeinander folgende, der quartalsbezogenen zu erstellenden Dokumentationen gemäß der Dokumentationsdaten nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a RSAV (10 Kalendertage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes) genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4a) Die Teilnahme am DMP Asthma endet zudem, wenn der koordinierende Arzt nach zeitnaher Prüfung einer zwölfmonatigen Symptombefreiung ohne asthmaspezifische Therapie zu dem Ergebnis gelangt, dass der Versicherte in Hinblick auf die in § 1 Abs. 2 Nr. 1 genannten Therapieziele nicht mehr von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

- (5) Die Krankenkasse bestätigt dem Versicherten schriftlich die Beendigung der Teilnahme an dem DMP. Darüber hinaus informiert sie den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (6) Eine erneute Einschreibung des Versicherten ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 19

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß der Dokumentationsdaten und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 23.

Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes. Der koordinierende Arzt verpflichtet sich, bei einem Arztwechsel des Versicherten dem neuen koordinierenden Arzt eine Kopie der Behandlungsunterlagen und der Dokumentationsdaten auszuhändigen, sofern der Versicherte schriftlich zustimmt.

§ 20

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse übermittelt der KVB bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 16 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Schulung

§ 21

Teilnahmeberechtigte Ärzte

- (1) Die Vertragspartner stimmen einvernehmlich die Ziele und Inhalte der Arztinformationen nach Nummer 4.1 der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte richtlinienkonform ab. Die KVB informiert die teilnahmeberechtigten Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über diese abgestimmten und richtlinienkonformen Ziele und Inhalte der DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 7. Teilnehmende Ärzte leiten die Informationen an angestellte Ärzte weiter.
- (2) Die im Rahmen der jeweiligen Strukturqualität von den Ärzten nach §§ 3 und 4 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVB nachzuweisen. Die Anforderungen an die Fortbildungsmaßnahmen definiert die KVB.
- (3) Schulungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

Informationen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die DMP. Die KVB setzt die Krankenkassen über die jeweiligen DMP-Inhalte der vertragsärztlichen DMP-Fortbildungsveranstaltungen vorab in Kenntnis und berücksichtigt in der Fortbildungsveranstaltung sowohl Anpassungen der Managementkomponenten als auch der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte.

§ 22 Versicherte

- (1) Die Krankenkassen informieren im Sinne der Nummer 3 der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte anhand der Patienteninformation, bestehend aus dem Patientenmerkblatt, der Datenschutzzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 6 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter“, Anlage 7 „Datenschutzzinformation“, Anlage 8 „Patientenmerkblatt“) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte der DMP sowie über die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner 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 erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der Leistungserbringer prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von Schulungsprogrammen gemäß Anlage 9 „Patientenschulungen“ profitieren kann. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der aktuellen Rechtslage, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einbezogen. Weiterhin muss bei den Schulungsprogrammen auf Inhalte, die der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. 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. Dezember 2019 in diese DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten (siehe Anlage 9 „Patientenschulungen“). Damit wird das Ziel verfolgt, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind
 - im DMP Diabetes mellitus Typ 1: diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte (Hypertonieschulungen auch von weiteren am Vertrag teilnehmenden Ärzten mit entsprechender Qualifikation), die die erforderliche Strukturqualität nach Anlage 10 „Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal“ erfüllen,
 - in den DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK, Asthma/COPD: Ärzte innerhalb der jeweiligen vertraglichen Versorgungsebene nach § 3 oder § 4 oder auch versorgungsübergreifend gemeinschaftlich, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 10 „Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal“ erfüllen.

Dies gilt auch, wenn die Schulung im Rahmen von Schulungsgemeinschaften durchgeführt wird. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 8.

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

§ 23 Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 31 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten,
 3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Versichertenbezug und Arztbezug an die Krankenkassen,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVB,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 33,
 7. der Entgegennahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und Weiterleitung an die Krankenkassen,
 8. der Berücksichtigung des jüngsten Erstellungs-/Unterschriftsdatums bei den eingehenden Dokumentationsdaten (zur Einschreibung) und
 9. dem Versand einer Auflistung der vom koordinierenden Arzt eingegangenen Dokumentationsdaten.

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Grundsätzlich können die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle mit weiteren Aufgaben beauftragen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, wird der hierzu nach § 28 DSGVO notwendige Vertrag dem BAS unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung der Datenverarbeitung durch die beauftragte DMP-Datenstelle. Damit beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die entsprechenden Stellen.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die KVB den bereits teilnehmenden koordinierenden Ärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der beauftragten DMP-Datenstelle mit.

§ 24

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im jeweiligen DMP am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in den Dokumentationsdaten aufgeführten Angaben. Sie werden nur für
- die Behandlung nach den jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalten,
 - die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 der DMP-A-RL,
 - die Überprüfung der Einschreibung,
 - die Schulung der Versicherten und Leistungserbringernach § 4 der DMP-A-RL, und
 - die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL
- genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen gemäß der Dokumentationsdaten entsprechend der Ausprägung des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall („Quartalsweise“ oder „Jedes zweite Quartal“) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 25

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 7 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende Arzt, dass der koordinierende Arzt
1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der schriftlichen Bestätigung der gesicherten Diagnose(n) idealerweise zehn Tage nach Unterschrift, jedoch spätestens mit der Einsendung der Erstdokumentation und
 2. die vollständige Erst- und Folgedokumentation gemäß der Dokumentationsdaten mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug quartalsbezogen innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (spätestens zehn Kalendertage nach Ende des Dokumentationszeitraums)
- an die Datenstelle weiterleitet.
- Die KVB wirkt darauf hin, dass die Dokumentationsdaten zeitnah nach dem Behandlungs- und Dokumentationstermin zur Datenstelle übermittelt werden.
- Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben) bestehen darf. Die in DMP anderer Krankheitsbilder verwendete DMP-Fallnummer für einen Versicherten kann dabei übernommen werden. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Versicherten verwendet werden.
- (2) Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten informiert.
- (3) Der koordinierende Arzt nach § 3 ist zur vollständigen und plausibilitätsgeprüften elektronischen Datenerfassung und Weiterleitung verpflichtet. Er hält ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahme die dafür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vor. Die DMP-Dokumentationsdaten sind der ArGe DMP-Datenstelle Bayern elektronisch zu übermitteln. Folgende Übertragungskanäle sind möglich: Über das KVB- Mitgliederportal „Meine KVB - Dateien einreichen“, mit KV-Connect sowie optional über das KVB-Mitgliederportal „Meine KVB - Leistungen dokumentieren“.
- (4) Die Softwareprogramme, die der koordinierende Arzt nach § 3 zur Erfassung und Plausibilisierung der Daten einsetzt, müssen von der KBV zertifiziert sein.

§ 26 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 23 wahrnehmen und hier-
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

§ 27 Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des Arztes jeweils übermittelten personenbezo-
genen oder personenbeziehbaren Dokumentationsdaten werden nach der erfolgreichen
Übermittlung an die Krankenkasse, die KVB und die Gemeinsame Einrichtung von der Da-
tenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die nach § 25 Abs. 1, Nummer 2 übermittelten
Originaldokumente, sofern diese nicht an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet wurden.
Es gilt für die Daten bei der Datenstelle die Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 Abs. 2b DMP-A-
RL. Für die Krankenkassen und für die (nur) von den Krankenkassen für die Durchführung
der Programme beauftragten Dritten gilt die Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-
RL.

Die Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist unverzüglich, spätestens aber inner-
halb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

Die Verpflichtung zur Datenlöschung bleibt von einer Beendigung des Vertrages unberührt;
für sie gilt die Erfüllung vertraglicher und gesetzlicher Vorgaben.

Generell muss für die Archivierung gelten, dass die Dokumentationen bzw. Datensätze so zu
archivieren sind, dass die Krankenkassen sie jederzeit und kurzfristig für Prüfzwecke der
Aufsichtsbehörde zur Verfügung stellen können.

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVB und die Gemeinsame Einrichtung

§ 28 Datenfluss

Die Datenstelle übermittelt:

1. bei einer Ersteintragung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versiche-
ten sowie die Erst-Dokumentationsdaten sowie bei einer Folgedokumentation die Do-
kumentationsdaten mit Versicherten- und Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der
jeweiligen Krankenkasse und
2. bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und
pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung nach § 33
und die KVB sowie
3. die für Abrechnungszwecke erforderlichen Arzt- und Versichertendaten an die KVB.

§ 29 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVB und an die DMP-Datenzentren der
Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben
nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür beson-
ders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrich-
tung gemäß den jeweils gültigen rechtlichen Vorgaben nach § 5 DMP-A-RL des G-BA zur
Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V aufbewahrt.
Für die Krankenkassen und für die (nur) von den Krankenkassen für die Durchführung der
Programme beauftragten Dritten gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2a DMPA-
RL.

Die Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist unverzüglich, spätestens aber inner-
halb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.

Diese Verpflichtungen bleiben unabhängig von einer Beendigung des Vertrages bestehen.

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

§ 31 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 32 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstaben a und c
RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudo-
nymisieren und ihn an die KVB und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebilde-
te Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen
der Qualitätssicherung gemäß „Teil 1“ der Anlagen zur Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X und den Vorschrif-
ten der DSGVO (insb. Art. 28 DSGVO) die Datenstelle mit der Durchführung der in § 23
Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Er-
ledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll-
und Weisungsrechten nach.

§ 33 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des
§ 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben.
Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 34

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß „Teil 1“ der Anlagen zur Qualitätssicherung durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung zur Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Nummer 2 der jeweiligen medizinischen Versorgungsinhalte anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
 3. die Durchführung des arztbezogenen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL die Entwicklung weiterer Maßnahmen der Erinnerungs- und Qualitätssicherung und
 5. die Abstimmung der Vertragsmaßnahmen nach § 14.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X und den Vorschriften der DSGVO die Datenstelle mit der Durchführung von Aufgaben in Zusammenhang mit den in Nr. 3 und 4 genannten Maßnahmen beauftragen. Die Gemeinsame Einrichtung nach § 25 Abs. 2 S. 1 Nr.1c RSAV darf die Daten gem. § 5 Abs. 2d DMP-A-RL solange aufbewahren, wie sie für den Verwendungszweck gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V erforderlich sind. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach. Die Aufbewahrungsfrist der Datenstelle nach § 5 Abs. 2b DMP-A-RL wird beachtet.

Abschnitt X – Evaluation

§ 35

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach §137f Abs. 4 S. 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 6 DMP-A-RL. Die medizinischen Evaluationsparameter werden in der jeweiligen Nummer 5 der Anlagen der DMP-A-RL normiert.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den DMP-Datenzentren der Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 36 Ärztliche Leistungen

Die Vergütung der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach der Maßgabe der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung sowie den jeweils gültigen gesamtvertraglichen Regelungen, soweit in diesem Vertrag keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Zudem gelten die jeweils gültigen Abrechnungsbestimmungen der KVB, soweit in diesem Vertrag keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

Die Abrechnung der in Anlage 11 „Vergütung“ beschriebenen Leistungen bedarf der personen- und betriebsstättenbezogenen Genehmigung durch die KVB. Mit Erteilung der Genehmigung durch die KVB, kann der teilnehmende Arzt die Leistungen nach diesem Vertrag abrechnen.

Die Abrechnung gegenüber der KVB erfolgt durch den am Vertrag teilnehmenden Arzt.

Anstellende Ärzte rechnen gegenüber der KVB auch die Leistungen ihres angestellten Arztes ab, wenn der angestellte Arzt einen Nachweis seiner fachlichen Qualifikation zur Erbringung der entsprechenden Leistungen von der KVB erhalten hat.

Der Leistungserbringer kennzeichnet die von ihm erbrachten Leistungen mit seiner LANR und der BSNR derjenigen Betriebsstätte, in der die Leistungen erbracht wurden.

Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Ärzte wird jährlich durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert.

§ 37 Sondervergütung

Die teilnehmenden Vertragsärzte erhalten eine Sondervergütung für Einschreibung, Dokumentation, Patientenschulungen sowie Beratungsgespräche. Diese ist in der Anlage 11 „Vergütung“ geregelt.

Die Vertragspartner haben sich darauf verständigt, die jeweilige Anlage K zum Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V zwischen der AOK Bayern und der KVB sowie der IKK classic und der KVB und die einzelnen Verträge über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Disease Management Programmen zwischen dem BKK Landesverband Bayern und der KVB, der Knappschaft und der KVB sowie dem vdek und der KVB mit Wirkung zum 01.04.2018 in die Anlage 11 „Vergütung“ zum Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD zu überführen. Die bisherige Anlage K und die bisherigen Verträge sowie die Protokollnotiz sind somit gegenstandslos.

Die KVB weist die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert aus.

Änderungen des EBM sowie der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gelten ab Inkrafttreten für die relevanten Abrechnungsziffern dieses Vertrages. Notwendige Anpassungen sind vorzunehmen.

Die Abrechnung der vorgenannten Leistungen seitens der KVB an die Krankenkassen kann bei Nachträgen mit den jeweiligen Quartalsabrechnungen erfolgen.

Alle in der Anlage 11 aufgeführten Leistungen erfolgen gemäß des Beschlusses des (Erweiterten) Bewertungsausschusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sie werden in Formblatt 3, Kontenart 404 bzw. Kontenart 994, Kapitel 84, unter dem Abschnitt des jeweiligen DMP erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 38

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die Leistungserbringer verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen an der medizinischen Versorgung der Patienten Beteiligten, bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung (SGB X) zu beachten.
- (3) Sie haben hierzu die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 DSGVO herzustellen und einzuhalten. Die Leistungserbringer verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

§ 39

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVB liefert die Daten gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V auf der Grundlage des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vertrags über den Datenaustausch auf Datenträgern.
- (2) Die KVB informiert die Krankenkassen(verbände) halbjährlich über die Anzahl des sich in Ausbildung zum Diabetesberater DDG befindenden nichtärztlichen Personals gemäß Anlage 1b Nummer II. Nr. 1 a), Anlage 1d Nummer II. Nr. 1 und Anlage 2c Nummer II. Nr. 1 a).

§ 40

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V für Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzerkrankung (KHK) und Asthma/COPD in der Fassung vom 01.03.2021.

Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

Zudem ist jedes dieser DMP in seiner Gesamtheit mit der gleichen Frist gesondert kündbar. Bei Kündigung eines DMP gelten alle Regelungen, die mindestens auch dieses DMP betreffen, für dieses DMP als gekündigt. Im Übrigen bleibt der Vertrag wirksam. Das gleiche gilt bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung eines DMP durch das BAS.

Die Vertragspartner verständigen sich jeweils nach drei Jahren über die weitere Ausgestaltung des Vertrags.

- (2) Die jeweilige Anlage K zum Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V sowie die einzelnen Verträge über die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit Disease Management Programmen zwischen den Krankenkassen und der KVB wurden zum 01.04.2018 in die Anlage 11 „Vergütung“ zum Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD mit Ausnahme des Abschnittes IV. „Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs nach § 137f SGB V“ überführt.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfrist gemäß § 137g Abs. 2 SGB V ist zu beachten.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei ökonomisch-relevanter Änderung oder Wegfall der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung der Programme durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die Inhalte sowie jede Änderung eines Vertrages nach § 6 unverzüglich der KVB mitgeteilt werden muss. Sofern sich die Vertragsveränderung auf wesentliche Grundaspekte des Programms bezieht, erhält die KVB die Möglichkeit, den vorliegenden Vertrag mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende zu kündigen.

§ 41 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.

§ 42 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an 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 kommen.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung, Patienteninteressen und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

München, den

.....
Datum

.....
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

München, den

.....
Datum

.....
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

München, den

.....
Datum

.....
BKK Landesverband Bayern

München, den

.....
Datum

.....
KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion München -

München, den

.....
Datum

.....
IKK classic

München, den

.....
Datum

.....
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
- Der Leiter der Landesvertretung Bayern -
in Vertretung für die im Rubrum genannten
Ersatzkassen in Bayern