

**Vertrag**  
**zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)**  
**nach § 137f SGB V**

**Diabetes mellitus Typ 1**

**auf der Grundlage der § 73a SGB V**  
**zwischen**

**dem IKK Landesverband Nord**  
**(mit Wirkung für die Innungskasse Mecklenburg-Vorpommern),**

**dem BKK-Landesverband NORD**  
**(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt)**

**und**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**  
**vertreten durch den Vorstand**

**(nachstehend KV MV genannt)**

## Inhaltsverzeichnis

### **Präambel**

### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer**

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

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

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

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

## **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

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

## **Abschnitt VI – Schulung**

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

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

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

## **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkasse, die KV MV und die gemeinsame Einrichtung**

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

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Absatz 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

- § 29 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt X**

- § 33 Evaluation

## **Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung**

- § 34 Vertragsärztliche Leistungen
- § 35 Sondervergütungen

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 38 Aufteilung der Kosten
- § 39 Laufzeit und Kündigung
- § 40 Schriftform
- § 41 Salvatorische Klausel

## **Erläuterungen**

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils geltenden Fassung

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

„Patient“ sind weibliche und männliche Patienten

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher im Sinne des § 3

„Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. §§ 3 und 4, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer

„Dokumentationsdaten 8a/b der RSAV“ sind die in der Anlage 8a/b der RSAV aufgeführten Daten

„KV MV“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher i.S. des § 3

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 31

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 29

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21

## Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im folgenden Disease-Management-Programme genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung beruhen. Daher schließen die Krankenkassen /-verbände und die KV MV folgenden Vertrag auf der Grundlage der § 73a SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Diabetes mellitus Typ 1.

Die Prävalenz (Häufigkeit) des Diabetes mellitus schwankt zwischen 3 v.H. und 6 v.H. der Bevölkerung: In Deutschland leben über 5 Millionen Menschen mit bekanntem Diabetes mellitus. Schätzungsweise 300.000 bis 600.000 Kinder und Erwachsene sind vom Diabetes mellitus Typ 1 betroffen. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn des Typ-1-Diabetes häufig im Kindes- und Jugendalter liegt, ist Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer sukzessiven Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ-1-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

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

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

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

## Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

### § 1

#### Ziel der Vereinbarung

Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte und Einrichtungen übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators.

Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 1 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV festgelegt. Entsprechend der Anlage „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.3.1 streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:

1. Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
2. Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
3. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
4. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
5. Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).

Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren stehen entsprechend Anlage „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.7.1 folgende Ziele im Vordergrund:

1. Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
  2. Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
  3. altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
  4. möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.
- (1) Generell geht es dabei um die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung.

## § 2

### Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
  1. Vertragsärzte in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Bestätigung der Teilnahme erhalten haben.
  2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen.
- (2) Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns, die ihren Beitritt gegen über der KV MV und der IKK Mecklenburg-Vorpommern erklären und die Vergütungen gemäß § 35 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder gesetzliche Vorschriften gelten. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt haben.
- (4) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (5) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 39 dieses Vertrages. Die Anlagen, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 7 Ziffer 1, 2, 3, sowie 8a und 8b der RSAV.

## Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

### § 3

#### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch besonders qualifizierten Arztes (koordinierender Versorgungssektor)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierender Vertragsarzt sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte und Einrichtungen. Es kann sich dabei um
  1. einen vertragsärztlich zugelassenen Arzt oder
  2. eine qualifizierte Einrichtung, die gemäß § 311 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen isthandeln, der / die die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 erfüllt.

In Einzelfällen kann in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungsstruktur als koordinierender Vertragsarzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt teilnehmen. Er muss grundsätzlich die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 erfüllen. Die Betreuung der Versicherten muss weiter in enger Kooperation mit einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt nach Absatz 2 erfolgen. Kooperationsinhalt und -umfang sind schriftlich nachzuweisen. Die Entscheidung über die Teilnahme eines solchen Arztes trifft die Gemeinsame Einrichtung nach § 31.

- (3) Abweichend von den Absätzen (2) und (3) erfolgt die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater, die die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage „Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ erfüllt. In Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation kann die Koordination durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen, sofern die Strukturqualität gemäß Anlage „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ erfüllt ist.
- (4) Zu den Pflichten der koordinierenden Vertragsärzte gehören insbesondere:
  1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.8 der Anlage 7.
  2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII.
  3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
  4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen.
  5. die Beachtung der Überweisungsregeln gemäß Anlage 1.
  6. bei Vorliegen einer Indikation zur Einweisung in ein Krankenhaus, ist in das geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 9 unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
  7. bei Überweisung und Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, an die eingebundenen Versorgungsebenen zu übermitteln bzw. von diesen einzufordern.
  8. Führen des „Patientenpasses Diabetes“ der DDG auf Wunsch der Versicherten.

## § 4

### **Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung und Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlage 3 zu beachten und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der RSAV zu behandeln. Die Teil-

nahme der Krankenhäuser ist freiwillig. Das gilt analog für die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen.

- (2) Die teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität (Anlage 3) zu beachten und die Patienten gemäß den medizinischen Grundlagen der RSAV zu behandeln.
- (3) Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen die medizinischen Grundlagen der RSAV beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.
- (4) Die Liste über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen wird den teilnehmenden Vertragsärzten über die KV MV zur Kenntnis gegeben.
- (5) **Der Abschnitt XI zur Vergütung und Abrechnung gilt nicht.** Hier kommen für Krankenhäuser die geltenden gesetzlichen Regelungen nach KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) und KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) zur Anwendung. Für Rehabilitationseinrichtungen gelten die Regelungen nach SGB V und SGB IX.

## § 5

### Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe der Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 gegenüber der KV MV schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 8 zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit.
- (2) Der Vertragsarzt genehmigt mit Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn / sie mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 und die Krankenkassen /-verbände die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt er / sie die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30, in seinem / ihrem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

## § 6

### Überprüfung der Strukturqualitäten

Die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen wird von der KV MV für die Vertragsärzte und von den Krankenkassen /-verbänden für die einzubindenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß § 3 bzw. 4 geprüft.

## **§ 7**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Programm beginnt mit der schriftlichen Bestätigung der Teilnahme durch die KV MV.
- (2) Der Vertragsarzt kann die Teilnahme schriftlich gegenüber der KV MV kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Enden bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV MV.
- (4) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes, können die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.
- (5) Die Teilnahme eines Vertragsarztes kann bei Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten entsprechend § 12 durch die Vertragspartner beendet werden.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnis**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Leistungserbringer gemäß § 3 führt die KV MV ein Verzeichnis. Die KV MV stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen /-verbänden bei jeder Änderung, insbesondere zu Eintritt und Austritt der Leistungserbringer, in elektronischer Form, z. B. Excel-Datei, nach der Anlage „Leistungserbringerverzeichnis“ unverzüglich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen /-verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach der Anlage „Leistungserbringerverzeichnis“, soweit sie nicht vertragsärztlich zugelassen sind.
- (3) Das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis nach den Absätzen 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung des BVA und des jeweiligen Prüfdienstes zur Verfügung.
- (4) Das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem
  1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern,
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung und
  3. der Datenstelle nach § 21 zur Verfügung gestellt.
- (5) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis mit Zustimmung der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung hierzu wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 8 erteilt.

## **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1**

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 7 definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen wortgleich der Anlage 7 Ziffern 1, 2 und 3 der RSAV. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

## **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 15 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Absatz 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.8 der Anlage „Versorgungsinhalte“
4. Einhaltung der mit diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation nach den Anlagen 8a und 8b,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

### **§ 11**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend der Anlage 7 Ziffer 2 der RSAV sind diesem Disease-Management-Programm Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 15 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 7 Ziffer 2 der RSAV insbesondere:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
  2. ein strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 15 fixierten Indikatoren, die sich aus den Dokumentationsdaten, den Daten der Lebensqualitätsbefragung, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV MV ergeben, herangezogen.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder in der Fachpresse jährlich öffentlich dargelegt.

## **§ 12**

### **Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Im Rahmen des Disease-Management-Programms vereinbaren die Vertragspartner wirksame Maßnahmen, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen getroffen:
  1. Es erfolgt keine Vergütung von Dokumentationen, sofern trotz des vertragskonform und fristgerecht eingeleiteten Korrekturvorgangs durch die Datenstelle gemäß § 21 unvollständige, unplausible bzw. verspätete Dokumentationen vorliegen.
  2. Aufforderung durch die KV MV zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen,
  3. Hält der Vertragsarzt nachweislich die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme an diesem Vertrag auf begründeten Antrag eines Vertragspartners ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Leistungserbringers entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.
- (3) Maßnahmen gegen teilnehmende Krankenhäuser, die gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtung verstoßen, werden im jeweiligen Vertrag des Krankenhauses mit den Krankenkassen /-verbänden zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 näher geregelt.

## **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 13**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage „Versorgungsinhalte“ Ziffer 3 bis 3.2 erfüllt sind:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.2 (Diagnostik) der auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
  2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
  3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
  4. der Versicherte profitiert von der Einschränkung in Hinblick in die auf Ziffer 1.3.1 der Anlage 7 der RSAV der Therapieziele und kann aktiv an der Umsetzung mitwirken.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses Disease-Management-Programm aufgenommen (siehe Begründung RSAV).

### **§ 14**

#### **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Leistungserbringer ihre Versicherten entsprechend § 28 d Absatz 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt entsprechend der Anlagen, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß RSAV informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs.1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
1. die vollständigen Daten der Einschreibekriterien (Zeile 1 – 10 der Erstdokumentation der Anlage 14 mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug) durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
  2. die schriftliche Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation 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 eine Verbesserung der Lebensqualität durch die intensiverte Betreuung zu erwarten ist und dass der Versicherte nicht bereits am DMP Diabetes Typ I teilnimmt.
  3. die vollständige und plausible Erstdokumentation (Zeile 11 ff. der Erstdokumentation der Anlage 14 mit Versichertenbezug).
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Leistungserbringer nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 14 an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (5) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen.
- (6) Versicherte, die an mehreren Disease-Management-Programmen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die koordinierenden Leistungserbringer und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes. Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (7) Die Krankenkassen können interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Leistungserbringer verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 und 4 erstellt und weitergeleitet werden.
- (8) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Absatz 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß Anlage 10 zur Teilnahme bereit und willigt einmalig schriftlich in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

## § 16

### Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Absatz 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 und 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Absatz 7 und veranlasst die Erstellung der Versichertenkarte mit DMP-Kennzeichen und verlangt vom Patienten die Rückgabe seiner alten Versichertenkarte.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und / oder die Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
  1. des Endes der Programmmzulassung,
  2. der Kündigung der Teilnahme und dem Widerruf der Einwilligungserklärung,
  3. des Kassenwechsels,
  4. der letzten Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung
  5. der letzten Dokumentation, wenn innerhalb von drei Jahren zwei Dokumentationen nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannten Frist übermittelt wurden und
  6. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV.Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (4) Die Krankenkassen informieren den Versicherten und den koordinierenden Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm und fordern die Versichertenkarte mit dem DMP-Kennzeichen vom Versicherten zurück.

## § 17

### Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen koordinierenden Arzt erneut die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 15 und kreuzt das Feld „Arztwechsel“ an. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation gemäß 14 und sendet die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die vollständige Folgedokumentation an die Datenstelle gemäß § 21. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen wird auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert.

## **§ 18**

### **Versichertenverzeichnis**

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

## **Abschnitt VI – Information und Schulung**

### **§ 19**

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

- (1) Die Krankenkassen /-verbände und die KV MV informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach den §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 7 ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV MV nachzuweisen. In diese Veranstaltungen sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß der Anlage 7 einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (5) Die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen notwendigen Schulungsbestandteile entsprechen der RSAV. Darüber hinaus werden keine Schulungsbestandteile vermittelt.

### **§ 20**

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

- (1) Die koordinierenden Vertragsärzte gemäß § 3 und die Krankenkassen informieren anhand der Patienteninformation, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Datenschutzinformation entsprechend der Anlagen ihre Versicherten im Sinne der Anlage 7, Ziffer 3 über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1. Daneben werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations-

und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Patienten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe Anlage 6). Die Wirksamkeit dieser Schulungs- und Behandlungsprogramme muss im Hinblick auf die Verbesserung der Stoffwechsellage belegt sein. Die Schulungs- und Behandlungsprogramme dienen der eigenständigen Anpassung der Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselfbstkontrolle. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe Anlage 6). Es verfolgt das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Leistungserbringer nach § 3, die gemäß der Anlage „Strukturqualität Schulungsarzt / Schulungseinrichtung“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (5) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten Versorgungsinhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlage 7, einzubeziehen. Bei Schulungen muss auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (6) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden ausschließlich die in Anlage 6 genannten Schulungsprogramme genutzt.
- (7) Sofern RSAV-konforme Schulungscurricula, die nicht in § 35 und der Anlage 6 aufgeführt sind, geschult werden sollen und der KV MV eine entsprechende Schulungsgenehmigung vorliegt, verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 über eine Ergänzung des Vertrages.

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

### **§ 21**

#### **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner, der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 sowie die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31 beauftragen einen Dritten als Datenstelle.

(2) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Daten gemäß der RSAV im Auftrag der Vertragspartner unter Berücksichtigung des § 80 SGB X:

a) Der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 bevollmächtigt die Arbeitsgemeinschaft über die Teilnahmeerklärung in seiner Vertretung mit der Datenstelle einen Vertrag zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:

1. die Prüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. die Nachforderung fehlender, unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsbögen unmittelbar nach Prüfung der Dokumentation,
3. die Trennung in die Dokumentationen gemäß Anlage 8a und 8b der RSAV,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezuges in der von der Datenstelle erfassten 8b Dokumentationsdaten der Erstdokumentation (Zeile 11ff.) sowie der Folgedokumentation,
5. die Übermittlung der Daten gemäß § 28f Abs. 1 und 2 RSAV.

b) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 8a der RSAV,
2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 1 der RSAV,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 4 der RSAV an die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung.

c) Die Krankenkasse beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten,
2. Entgegennahme, Erfassung und Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 8b der RSAV,

3. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 8b-Datensatzes (Zeilen 1-10) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die Krankenkasse,
4. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 8b-Datensatzes (Zeilen 11ff.) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten-, aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse,
5. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 8b-Datensatzes der Folgedokumentation gemäß RSAV mit Versicherten-, aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse.

d) Die KV MV beauftragt die Datenstelle mit folgender Aufgabe:

Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 8a-Datensatzes der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

e) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten 8a-Datensätze der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung für die Weitergabe der Daten im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation des Programms,
2. Pseudonymisierung des Arztbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28 f Abs. 2 Ziff. 4 RSAV,
3. Aufbereitung und Weitergabe aggregierter Daten für Berichte im Rahmen der Programmsteuerung an die Gesamtvertragspartner.

(3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die KV MV dem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

(4) Nach Erhalt der Mitteilung übermittelt der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 14 an die Datenstelle.

## **§ 22**

### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 14 aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach § 28b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 28c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 28e RSAV und die Evaluation nach § 28g RSAV genutzt.
- (2) Bei der Auswahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz hat der koordinierende Vertragsarzt die Anlage 13 zu beachten.
- (3) Die Vertragspartner streben eine EDV-technische Umsetzungslösung an.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
  1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose gemäß § 16 an die Datenstelle weiterzuleiten.
  2. die vollständige Erstdokumentation 8a/b gemäß Anlage 14 mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug zum Ende der Kalenderwoche spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
  3. die vollständige Folgedokumentation 8a/b gemäß Anlage 14 mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug spätestens binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 10 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens.
- (4) Im Falle einer zukünftigen elektronischen Übermittlung erhält der Versicherte einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer Ausdruck wird im Falle der elektronischen Übermittlung von dem Versicherten unterschrieben und verbleibt als Nachweis

der Einwilligung zur Datenübermittlung beim koordinierenden Vertragsarzt. Dieser unterschriebene Ausdruck ist sieben Jahre beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr in der Arztpraxis aufzubewahren. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der koordinierende Vertragsarzt auf Anforderung dieses Exemplar der Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält der koordinierende Vertragsarzt das Exemplar zurück.

#### **§ 24 Datenzugang**

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

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

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag des Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente der a- und b-Dokumentationsdaten bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist.
- (2) Bei der elektronischen Übermittlung der Datensätze durch den koordinierenden Vertragsarzt gilt Abs. 1 entsprechend.

### **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 26 Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt, bei Ersteinschreibung des Versicherten dessen Teilnahme- und Einwilligungserklärung zum Ende der Kalenderwoche, spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.

- (2) Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt nach § 3 die erneut ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenstelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteintragung den dort erfassten 8b-Datensatz, Zeilen 1-10 der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteintragung den dort erfassten 8b-Datensatz, Zeilen 11ff der Erstdokumentation mit Versichertenbezug, aber ohne Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 8b der RSAV mit Versichertenbezug, aber ohne Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse.
- (6) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 8a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (7) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 8a mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

## **§ 27 Datenzugang**

Zugang zu den an die Krankenkassen, KV MV und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung**

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten werden von der Krankenkasse, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht bzw. vernichtet.
- (2) Bei der elektronischen Übermittlung der Datensätze durch den koordinierenden Vertragsarzt gilt Abs. 1 entsprechend.

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 29**

#### **Bildung bzw. Aufgabenerweiterung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 30**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn an die KV MV und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage „Qualitätssicherung“ auf Grundlage der Dokumentationsdaten gemäß Anlage „Dokumentationsbogen 8a/b“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, das Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten 8a der RSAV erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 31**

#### **Bildung bzw. Aufgabenerweiterung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

## **§ 32**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 15 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 8a der RSAV,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 8a der RSAV,
  3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 8a der RSAV,
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28 g RSAV,
  5. die Beratung der KV MV im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von DMP-Ärzten auf Basis der Anlage 15,
  6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in § 21 Abs. 2e genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach, wobei alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf die Daten haben.

## **Abschnitt X**

### **§ 33**

#### **Evaluation**

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamts. Für die gemäß Anlage 7 Ziffer 5 vorgesehene Stichproben-Befragung wird die Krankenkasse ein Adressmittlungsverfahren vorsehen.

## Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

### § 34

#### Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der jeweiligen Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KV MV abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

### § 35

#### Sondervergütungen

- (1) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen gemäß der Anlage „Dokumentationsbogen 8a/b“ in der jeweils gültigen Fassung und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für korrekt eingeschriebene Versicherte nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3	20 Euro	GOP 99700
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3	15 Euro	GOP 99701

Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung nach dem EBM aus.

Die Pseudoziffer 99700 (Erstdokumentation) kann grundsätzlich nur 1x je Versichertem abgerechnet werden. Die Pseudoziffer 99701 (Folgedokumentation) kann je Versicherten und Vertragsarzt nur entsprechend der festgelegten Dokumentationsfrequenz gemäß Anlage 13 abgerechnet werden.

- (2) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KV MV bis zum dritten Werktag des Folgequartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle monatlich die Anzahl der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber der KV MV.
- (3) Für die Einstellung, Betreuung und Einleitung weiterer Therapieformen und Schulungen erhält der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 eine Betreuungspauschale in Höhe von 42,00 Euro je Versicherten und Quartal (GOP 99707).
- (4) Für die jährliche Augenuntersuchung (Funduskopie) erhält der mitbehandelnde Augenarzt eine Mitbehandlungspauschale von 6,00 Euro pro Jahr und Versicherten (GOP 99705).

- (5) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des Schulungsstandes des teilnehmen Versicherten erforderlich ist, werden Schulungen wie folgt vergütet, wobei eine Unterrichtseinheit (UE) einen Zeitraum von 90 Minuten darstellt:

Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie in der jeweils aktuellsten Auflage, bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag	12 Unterrichtseinheiten, bis zu 4 Patienten die Schulung erfolgt so, dass das gesamte Curriculum in zwei Wochen absolviert wird	20 € pro UE/Patient	GOP 99710
Diabetes bei Kindern: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 2. Auflage 1997, bearbeitet von P. Hürter, H.-U. Jastram et. al.; Roche Diagnostics GmbH (Hrsg.), Verlag Kirchheim Mainz	für 6-10jährige Kinder mit Diabetes mellitus Einzelschulung, Übungsanteile in Kleingruppen	20 € pro UE/Patient	GOP 99711
Jugendliche mit Diabetes: ein Schulungsprogramm in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 1. Auflage 1995, bearbeitet von K. Lange, W. Burger et.al.; Boehringer Mannheim GmbH (Hrsg.), Verlag Kirchheim Mainz		20 € pro UE/Patient	GOP 99712
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 2. Auflage 2003, bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag	4 Doppelstunden , bis zu 4 Patienten die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird	20 € pro UE/Patient	GOP 99721
Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP); T. Heise, E. Jennen, P. Sawicki, ZaeFQ 95; 349-355	3-4 Unterrichtseinheiten von jeweils ca. 90 Minuten, 4-6 Patienten in der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt	20 € pro UE/Patient	GOP 99720
Schulungsmaterial Diabetes-schulungen	pro Patient	8,95 €	GOP 99730
Schulungsmaterial Hypertonie-schulungen	pro Patient	8,95 €	GOP 99731

tung festgelegten Schulungseinheiten möglich. Auch die Teilnahme von Erziehungsberechtigten ist in der Gebühr mit abgegolten.

Für Patienten, die aufgrund ihrer Teilnahme am DMP Koronare Herzkrankheit bereits Hypertonie-Schulungen erhalten haben, ist die Abrechnung der Hypertonieschulungsprogramme „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie“ und „HBSP“ im Rahmen von DMP Diabetes mellitus Typ 1 ausgeschlossen.

- (6) Die Vergütungen der Schulungsleistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Abrechnung der vorgenannten GOP-Ziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus. Die KV MV sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die KV MV weist gegenüber den Krankenkassen durch ein geeignetes Verfahren (jeweils Datum und Unterschrift des Vertragsarztes und des geschulten Patienten pro UE) quartalsweise die abgerechneten UE sowie abgerechneten Schulungsmaterialien unter Angabe der Arzt- und Versichertennummer in den Abrechnungsunterlagen aus.
- (7) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte wird ein Jahr nach Vertragsbeginn durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert.
- (8) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

### **§ 36**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

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

### **§ 37**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

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

Sofern die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug der Dokumentationsdaten 8a der RSAV wiederherstellt, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erforderlich ist, gibt die KV MV der Arbeitsgemeinschaft den Arzt bekannt.

## § 38

### Aufteilung der Kosten

- (1) Kosten der Datenstelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (gemäß § 23) werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Hierunter fallen auch die Aufwendungen im Zusammenhang mit den Daten nach Anlage 8a und 8b RSAV. Kassenspezifische Zusatzleistungen der Datenstelle werden mandantenabhängig und gesondert abgerechnet.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenstelle) werden gemeinschaftlich von den Vertragspartnern getragen. Die Aufteilung des Anteils der Krankenkassen /-verbände erfolgt entsprechend Absatz 6.
- (3) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen /-verbänden übernommen. Die Kosten für Einführungsveranstaltungen für teilnehmende DMP-Ärzte werden von der KV MV übernommen.
- (4) Kosten der Gemeinsamen Einrichtung werden im Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung geregelt.
- (5) Kosten der Arbeitsgemeinschaft werden im Vertrag über die Arbeitsgemeinschaft geregelt.
- (6) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen /-verbänden erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten. Die endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) erfolgt zum 31.12. eines Jahres. Die Anzahl der zum 31.12. eingeschriebenen Versicherten je Kasse muss von der Datenstelle an die vertragsschließenden Krankenkassen /-verbände gemeldet werden. Zur Kontrolle der Einschreibung werden die vollständig erfassten Erstdokumentationen zugrunde gelegt. Die Krankenkassen melden die DMP-Beendigungen (z.B. wegen Tod, Austritt aus dem Programm usw.) umgehend an die Datenstelle.

Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, so ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.

Bis zur Feststellung des endgültigen Rechnungsergebnisses können vierteljährlich Abschlagszahlungen geleistet werden. Die Höhe der Abschlagszahlungen richtet sich nach der Anzahl der Versicherten im Landesverbandsbereich Mecklenburg-Vorpommern (entsprechend dem Anteil der beigetretenen Kassen) nach der amtlichen KM 6 Statistik (Stand jeweils 01.07. des Vorjahres).

Sobald in der amtlichen Statistik KM 6 die prozentualen Anteile der eingeschriebenen Versicherten ausgewiesen werden, sind diese die Bezugsgrößen für die Kostenaufteilung.

- (7) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen und zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen /-verbänden getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

### **§ 39**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am Tage der Unterzeichnung in Kraft und endet spätestens mit Ablauf des Zulassungsbescheides durch das BVA. Spätestens 6 Monate vor Vertragsende verständigen sich die Vertragspartner, ob und in welcher Form das Disease-Management-Programm zur erneuten Akkreditierung vorgelegt wird.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, z.B. aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen des § 28b Abs. 3 sind hierbei einzuhalten.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung von Absatz 1 Satz 2 für den Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und der Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder der Nicht-Akkreditierung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag oder die Anlagen von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

## **§ 40**

### **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.

## **§ 41**

### **Salvatorische Klausel**

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


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

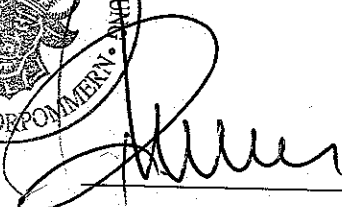
Anlagen

Schwerin, den 10.2.2005




Kassennärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

  
Lübeck, den 09.10.2005



IKK-Landesverband Nord

Hamburg, den 14.02.2005

  
BKK-Landesverband NORD

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
- Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Arzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen
- Anlage 3 Strukturqualität Krankenhaus
- Anlage 4 Erklärung des Krankenhauses zur Strukturqualität
- Anlage 5 Strukturqualität Schulungsarzt / Schulungseinrichtung
- Anlage 6 Patientenschulung
- Anlage 7 Versorgungsinhalte
- Anlage 8 Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 9 Leistungserbringerverzeichnis (diverse LE)
- Anlage 10 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
- Anlage 11 Datenschutzinformation (indikationsübergreifend)
- Anlage 12 Patientenmerkblatt
- Anlage 13 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 14 Dokumentationsbogen 8a/b
- Anlage 15 Qualitätssicherung

## **Änderung in der 13. RSAV zum Thema DMP Diabetes mellitus Typ 1**

In der Fassung der 13. Änderungsverordnung zur Risikostrukturausgleichsverordnung Anlage 7 Ziffer 3.1 wurde folgender Wortlaut geändert:

„Die Wörter minderjähriger Versicherter werden durch die Wörter Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ersetzt.“