

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

Diabetes mellitus Typ 2

auf der Grundlage des § 73a SGB V

zwischen

der AOK Mecklenburg-Vorpommern

Die Gesundheitskasse.

Am Grünen Tal 50

19063 Schwerin

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Neumühler Straße 22

19057 Schwerin

(im folgenden KV MV genannt)

**Lesefassung
incl. Änderungen durch Protokollnotizen
vom 10.12.03, 13.08.04 u. 01.09.05**

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziel der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich (**Änderung**)

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) (**Änderung**)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors
- § 4a Krankenhäuser (**Änderung**)
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnis (**Änderung**)

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

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

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

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

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung (**Änderung**)
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes
- § 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulung

§ 19 Teilnahmberechtigte Vertragsärzte (*Änderung*)

§ 20 Versicherte (*Änderung*)

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Datennutzung (*Änderung*)

§ 23 Erst- und Folgedokumentation

§ 24 Datenfluss zur Datenstelle (*Änderung*)

§ 25 Datenzugang

§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss zu Krankenkasse, KV MV und gemeinsamer Einrichtung

§ 27 Datenfluss zu Krankenkasse, KV MV und gemeinsamer Einrichtung

§ 28 Datenzugang

§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und gemeinsame Einrichtung (*Änderung*)

§ 30 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft (*Änderung*)

§ 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 32 Bildung einer gemeinsamen Einrichtung

§ 33 Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X

§ 34 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 35 Vertragsärztliche Leistungen

§ 36 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 39 Laufzeit und Kündigung

§ 40 Schriftform

§ 41 Salvatorische Klausel

Präambel

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

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel aufgrund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit diesem Typ-2-Diabetes wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

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

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme genannt) nach § 137g SGB V optimiert werden.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im Rahmen des Disease-Management-Programms für Diabetes mellitus Typ 2 die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht beeinträchtigt wird. Insofern sind die Regelungen zur Förderung einer aktiven und regelmäßigen Teilnahme der eingeschriebenen Versicherten am strukturierten Behandlungsprogramm und deren Information vertraglich abgestimmt und werden der besonderen Situation der Behandlung und Unterstützung der chronisch kranken Patienten gerecht.

Das jederzeitige individuelle Selbstbestimmungsrecht der Patienten bezüglich der Weitergabe, der Verarbeitung und Nutzung ihrer Behandlungsdaten bleibt unberührt.

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziel der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation zwischen den teilnehmenden. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die Vertragsärzte und die Krankenkasse wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 in der Region der KV MV hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichs Änderungsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) festgelegt. Entsprechend Anlage 1.3.1 der RSAV streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:
1. Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie sowie schwerer Stoffwechsellagen,
 2. Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen,
 3. Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierersatztherapie (Dialyse, Transplantation),
 4. Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen.

Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
1. Vertragsärzte in der Region der KV MV, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
 2. Die Behandlung von Versicherten der Krankenkasse, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 3. Dem Vertrag können weitere AOKs und IKKs beitreten, sofern sie gegenüber der KV MV erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KV MV wird von der beitretenden Krankenkasse informiert. Die KV MV informiert die teilnehmenden

den Vertragsärzte. Die Durchführung des Disease-Management-Programms für Diabetes mellitus Typ 2 erfolgt durch die vertraglich genannten Krankenkassen.

- (2) Basis dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung (**geändert durch Protokollnotiz vom 13.08.2004**). Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV, z.B. aufgrund einer Empfehlung des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieser Vereinbarung zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 38 dieser Vereinbarung. Die Anlagen, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wörtlich den Anlagen 1 Ziffer 1, 2, 3 sowie 2a und 2b der RSAV.

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte,
- die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
 - die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt erfüllen,
 - die diese Strukturqualität spätestens ein Jahr nach Beginn der Teilnahme gegenüber der KV MV nachweisen.

Soweit eine diabetologische Schwerpunktpraxis aufgrund regionaler Versorgungsstrukturen eigene Patienten versorgt, kann sie für diese Versicherten entsprechend teilnehmen. Als eigene Patienten in diesem Sinne sind solche anzusehen, die bereits seit 12 Monaten vor Vertragsbeginn kontinuierlich mit ihrem Diabetes behandelt werden. (**ersetzt durch Protokollnotiz vom 01.09.2005**)

- (3) Zu den Aufgaben des teilnehmenden Vertragsarztes (koordinierender Vertragsarzt) 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 gem. Punkt 1.8 der Anlage 8 – Versorgungsinhalte.
 2. die Information und Beratung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII, (**ersetzt durch 1. Protokollnotiz vom 10.12.2003**)
 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 Schulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,

5. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2 und 4. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung. (*ersetzt durch 1. Protokollnotiz vom 10.12.2003*)
6. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 dieses Vertrages, z. B. betreffend der medikamentösen Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 8 - Versorgungsinhalte genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 3 - Strukturqualität Krankenhaus vorzunehmen. Sobald Krankenhäuser gem. § 4a vertraglich eingebunden sind, muß eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen. Die Krankenkasse stellt dem koordinierenden Vertragsarzt eine Liste der teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 6 zur Verfügung.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (Diabetologische Schwerpunktpraxis)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 - Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor erfüllen:
 1. Ärzte mit Zusatzbezeichnung Diabetologie,
 2. Diplomdiabetologe MV
 3. diabetologisch tätige Ärzte mit der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie,
- (3) Die Strukturqualität von den nach diesem Paragraphen teilnehmenden Vertragsärzten muss zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KV MV nachgewiesen sein.
- (4) Zu den Aufgaben des teilnehmenden diabetologisch qualifizierten Vertragsarztes gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung des teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Schulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 4 – Strukturqualität für andere Leistungserbringer und Punkt 1.8 der Anlage 8 - Ver-

sorgungsinhalte. Im übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung

5. bei Überweisung an andere Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, z. B. betreffend die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
6. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
7. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 8 - Versorgungsinhalte genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 3 - Strukturqualität Krankenhaus vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Sobald Krankenhäuser gem. § 4a vertraglich eingebunden sind, muß eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen. Die Krankenkasse stellt dem diabetologisch qualifizierten Vertragsarzt eine Liste der teilnehmenden Krankenhäuser gemäß § 8 Abs. 6 zur Verfügung.

§ 4a

Krankenhäuser

- (1) Innerhalb von 6 Monaten nach Zugang des Zulassungsbescheides durch das Bundesversicherungsamt (BVA) werden für stationäre Einweisungen von teilnehmenden Versicherten aufgrund der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 Krankenhäuser vertraglich eingebunden. Dafür müssen sie die Anforderungen entsprechend Anlage 3 – Strukturqualität Krankenhaus erfüllen. Die Teilnahme ist freiwillig. Im Vertrag verpflichten sich die Krankenhäuser, aufgrund der Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 eingewiesene Versicherte entsprechend der RSAV zu behandeln.

- (2) *ersatzlos gestrichen mit Protokollnotiz vom 10.12.2003*

§ 5

Teilnahmeerklärung

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder im diabetologisch spezialisierten Versorgungssektor nach § 4 gegenüber KV MV schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt dieses Vertrages zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 dieses Vertrages und die Krankenkasse im Rahmen des Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt die Arbeitsgemeinschaft nach § 30, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt des Vertrags zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KV MV prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und entscheidet über die Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung des Vertragsarztes.
- (2) Die KV MV prüft die Voraussetzungen der Schulungsberechtigten entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 19 Abs. 1 und entscheidet über die Abrechnungsgenehmigung des Vertragsarztes.
- (3) Vertragsärzte, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 5 erklären und die nach der Diabetesvereinbarung vom 01.04.2000 zur Teilnahme an der Versorgung der Diabetiker Typ 2 berechtigt waren, erfüllen die Strukturqualität und sind somit ohne besondere Genehmigung durch die KV MV zur Teilnahme und Abrechnung berechtigt. Vertragsärzte, die für die Diabetesvereinbarung vom 01.04.2000 eine Schulungs- und Abrechnungsgenehmigung erhalten haben, sind weiterhin ohne besondere Genehmigung zur Durchführung von Schulungen berechtigt.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Programm beginnt vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung mit dem Tag der Einschreibung gemäß der Anlage 5 - Teilnahmeerklärung Vertragsarzt. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV MV bestätigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV MV zum Quartalsende kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV MV.
- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2“ gemäß § 8 zukommen lassen.
- (5) Die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag kann bei Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten entsprechend § 12 durch die Vertragspartner beendet werden.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 führt die KV MV ein Verzeichnis. Die KV MV stellt dieses Verzeichnis der Krankenkasse bei jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte oder als einer Änderung der Arztnummer in elektronischer Form, z.B. Excel-Datei, entsprechend der Anlage 6 - Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 zur Verfügung.
- (2) Das Vertragsärzterverzeichnis gemäß Anlage 6 - Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 stellt die Krankenkasse dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend unaufgefordert bei Verringerung der Leistungserbringerdichte (**geändert durch Protokollnotiz vom 10.12.2003**) bzw. dem Landesprüfamt auf Anforderung zur Verfügung.
- (3) Weiterhin wird dieses Vertragsärzterverzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung und
 3. der Datenstelle nach § 21.
- (4) Die Krankenkasse führt ein Verzeichnis über die nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser.
- (5) Das Krankenhausverzeichnis gemäß Anlage 7 – Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 stellt die Krankenkasse dem BVA innerhalb der in § 4a genannten Fristen und nachfolgend unaufgefordert bei Verringerung der Leistungserbringerdichte (**geändert durch Protokollnotiz vom 10.12.2003**) bzw. dem Landesprüfamt auf Anforderung zur Verfügung.
- (6) Weiterhin wird dieses Krankenhausverzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung.
- (7) Die Inhalte der Leistungserbringerverzeichnisse können zudem veröffentlicht werden.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

Die Medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 8 - Versorgungsinhalte definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 1 Ziffern 1, 2 und 3 der RSAV. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 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 8 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 4 und 4a
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 2a/b“, „Dokumentationsbogen 6a/b“,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

(geändert durch Protokollnotiz vom 13.08.2004)

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend Ziffer 2 der Anlage 1 der RSAV sind dem Disease-Management-Programm Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 - Qualitätssicherung auf Grundlage Dokumentationsdaten nach 2a/2b zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 1 Ziffer 2 der RSAV insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback in Form von Berichten auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren sein,
 4. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 5. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 9 fixierten Indikatoren herangezogen.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder in der Fachpresse, regelmäßig, mindestens jährlich einmal, öffentlich dargestellt.

§ 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 ein Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen getroffen:
 1. Keine Vergütung von Dokumentationen erfolgt, sofern trotz des eingeleiteten Korrekturvorgangs durch die Datenstelle gemäß § 21 Abs. 3 unvollständige, unplausible bzw. verspätete Dokumentationen vorliegen. Ggf. erfolgt eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen.
 2. Aufforderung durch die KV MV zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen.
 3. Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners Widerruf der Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung durch die KV MV. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. bei Nichteinhalten der Medizinischen Inhalte).
 4. 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 entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkasse können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
 1. die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 2 gemäß Ziffer 1.2. (Diagnostik) der Anlage 8 - Versorgungsinhalte ist gesichert oder es liegt gemäß Ziffer 3 der Anlage 1 RSAV bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutzuckersenkenden Medikamenten vor,
 2. der Versicherte ist grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit und
 3. die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung ist zu erwarten.
- (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.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse wird zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzhinweise und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 10 - Patientenmerkblatt, Anlage 11 - Datenschutzhinweise und Anlage 12 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung), umfassend über das Disease-Management-Programm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden 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 schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt auf der Dokumentation der Einschreibekriterien (Zeile 1 – 13 der Erstdokumentation der Anlage 13 - Dokumentationsbogen 2a/b, in der jeweils gültigen Fassung der RSAV, mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug),
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die angekreuzte Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann,
 3. die Erstdokumentation (Zeile 14 ff der Erstdokumentation der Anlage 13 - Dokumentationsbogen 2a/b, in der jeweils gültigen Fassung der RSAV, mit Versichertenbezug).
- (4) Mit der Einschreibung in das Disease-Management-Programm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 12 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 13 - Dokumentationsbogen 2 a/b an die Datenstelle gemäß § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur einen koordinierenden Vertragsarzt hat. **(geändert durch Protokollnotiz vom 10.12.2003)**
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Disease-Management-Programm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse daraufhingewiesen, dass die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 von einem vom Versicherten ausgewählten Vertragsarzt nach § 3 dieses Vertrages vervollständigt und weitergeleitet werden müssen.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt die Krankenkasse dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt gem. § 3 schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums. Der Versicherte erhält zudem unverzüglich eine Kran-

kenversicherungskarte mit DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert seine alte Krankenversicherungskarte unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.

- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage 11 - Datenschutzzinformation) erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 12 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

§ 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 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme und/oder Einwilligung gemäß Anlage 12 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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.
- (3) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme des Versicherten bei Vorliegen einer der in § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum).
- (4) Die Teilnahme endet mit dem Tage, an dem die Zulassung des Programms nach § 28 g Abs. 5 RSAV endet.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und koordinierenden Vertragsarzt unverzüglich - spätestens innerhalb von 10 Werktagen - schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm. Der Versicherte erhält von der Krankenkasse eine neue Krankenversicherungskarte ohne DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert seine alte Krankenversicherungskarte mit der DMP-Kennzeichnung unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen koordinierenden Vertragsarzt erneut die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 15 und kreuzt „Vertragsarzt-Wechsel“ an. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Erstdokumentation entsprechend jeweils gültiger Fassung der RSAV und übersendet die Teilnahme- und Einwilligungserklä-

rung sowie die vollständige Erstdokumentation an die Datenstelle gemäß § 21. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen wird auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt von der Krankenkasse über den Wechsel informiert.

§ 18

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse übermittelt der KV MV quartalsweise eine Liste mit den Krankenversicherer-Nummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Schulung

§ 19

Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

- (1) Zur Schulung berechtigt sind Vertragsärzte, die entsprechend der Anlage 14 – Strukturqualität Schulungsarzt hierzu befähigt sind und gemäß § 6 dieses Vertrages überprüft wurden.
- (2) Die Krankenkasse und die KV MV informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 (**geändert durch Protokollnotiz vom 13.08.2004**) über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (3) Schulungen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte diene 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 für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (4) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV MV nachzuweisen.

§ 20

Versicherte

- (1) Die Krankenkasse und der koordinierende Arzt gem. § 3 dieses Vertrages informieren anhand der Patienteninformation bestehend aus dem Merkblatt, der Datenschutzzinformation und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (siehe Anlage 10 - Patientenmerkblatt, Anlage 11 - Datenschutzzinformation und Anlage 12 - Teilnahme- und Einwilligungserklärung), ihre Versicherten (**geändert durch Protokollnotiz vom 13.08.2004**) über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überwei-

sungsregeln, 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, das sich an internationalen Qualitätsstandards orientiert (siehe Anlage 15 – Patientenschulung). Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einzubeziehen.
- (4) Im Rahmen dieses Vertrages finden die in Anlage 15 – Patientenschulung genannten Schulungsprogramme Anwendung.
- (5) Soweit durch den koordinierenden Vertragsarzt dem Versicherten eine Ernährungs- und/oder Raucherentwöhnungsberatung empfohlen wird, verweist der koordinierende Vertragsarzt auf die Beratungsprogramme der Krankenkasse. Die Versicherten werden durch die Krankenkasse gemäß § 22 Abs. 2 Nr. 2 dieses Vertrages schriftlich informiert.

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

§ 21 Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 sowie die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 32 beauftragen einen Dritten als Datenstelle. Die Vergabe an einen Eigenbetrieb der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 ist ebenfalls möglich.
- (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 KV MV 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 inplausibler Dokumentationsbögen unmittelbar nach Prüfung der Dokumentation
 3. die Trennung in die Dokumentationen gemäß Anlage 2a und 2b der RSAV,
 4. die Anonymisierung des Arztbezuges in der von der Datenstelle erfassten 2b Dokumentationsdaten der Erstdokumentation (Zeile 14ff.) sowie der Folgedokumentation,
 5. die Übermittlung der Daten gemäß § 28f Abs. 1 und 2 RSAV.

- b) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 30 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2a 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 2b der RSAV,
 3. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 2b-Datensatzes (Zeilen 1-13) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die Krankenkasse,
 4. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 2b-Datensatzes (Zeilen 14ff) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse,
 5. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 2b-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 2a-Datensatzes der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.
- e) Die gemeinsame Einrichtung nach § 32 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten 2a-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 Versichertenbezugs 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 teilnehmenden koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.
- (4) Nach Erhalt der Mitteilung übermittelt der teilnehmende koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 an die Datenstelle.

§ 22

Datennutzung

- (1) Die Datenverarbeitung mit rein internem Interesse zur Steuerung im Rahmen der DMP erfolgt im gegenseitigen Benehmen des jeweiligen Vertragspartners. Über die Ergebnisse erfolgt die gegenseitige Information.
- (2) Die Information an teilnehmende Patienten erfolgt in der Regel schriftlich auf Basis un-spezifischer Daten direkt durch die Krankenkasse. Eine allgemeine Abstimmung über Informationsart, -form und -zeitpunkt erfolgt. Die Vertragspartner informieren die teilnehmenden Ärzte über die durchgeführten Maßnahmen.
- (3) Die individuell anlassbezogene Information teilnehmender Patienten auf Basis der DMP-2b Daten erfolgt schriftlich. Der Anlass der Übersendung des Informationsmaterials ist dem Versicherten in einem Anschreiben zu verdeutlichen. Die Krankenkasse informiert den koordinierenden Vertragsarzt über die durchgeführten Maßnahmen.
- (4) Die Vertragspartner stimmen die routinemäßig zu erstellende Datenauswertung ab. Dabei ist im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung eine Reduzierung (**geändert durch Protokollnotiz vom 10.12.2003**) des Umfangs anzustreben.

§ 23

Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 13 – Dokumentationsbogen 2a/b dieses Vertrages aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach § 28 b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 28 c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28 d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 28 e RSAV und die Evaluation nach § 28 g RSAV genutzt.
- (2) Bei der Auswahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz hat der koordinierende Vertragsarzt die Anlage 16 – Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz zu beachten.

§ 24

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
1. bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 an die Datenstelle weiterzuleiten.
 2. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 13 – Dokumentationsbogen 2a/b dieses Vertrages mit Versicherten und Leistungserbringerbezug zum Ende der Kalenderwoche spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
 3. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 13 – Dokumentationsbogen 2a/b dieses Vertrages 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 nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiterverwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 12 „Teilnahmeerklärung- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die übermittelten 2b-Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens. **(geändert durch Protokollnotiz vom 13.08.2004)**
- (4) Bei elektronischer Datenübermittlung sind die Vorschriften des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nummer 7 sowie Abs. 2a RSAV zu beachten; dazu unterschreibt der koordinierende Arzt zur gesonderten Bestätigung des Datums der Erstellung der Dokumentation eine Liste über die von ihm elektronisch erfassten und übermittelten Datensätze, die ihm die Datenstelle zur Verfügung stellt. **(eingefügt durch Protokollnotiz vom 01.09.2005)**

§ 25

Datenzugang

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

§ 26

Datenaufbewahrung und –löschung

Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente des Datensatzes 2a bzw. 2b Daten bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres, und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist.

Abschnitt VIII – Datenfluss zu Krankenkasse, KV MV und gemeinsamer Einrichtung

§ 27

Datenfluss zu Krankenkasse, KV MV und gemeinsamer Einrichtung

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt, bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 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 zum Ende der Kalenderwoche die erneut ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenstelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung oder bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes gemäß Anlage 13 – Dokumentationsbogen 2a/b die Zeilen 1-13 der Dokumentationsdaten 2b (Erstdokumentation) der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die Krankenkasse.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung oder bei Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes die übrigen Dokumentationsdaten 2b Zeile 14ff. (Erstdokumentation) mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 2b der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse.
- (6) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 2a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die gemeinsame Einrichtung.
- (7) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 2a mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

§ 28

Datenzugang

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

§ 29

Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von der Krankenkasse, der KV MV und der gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht bzw. vernichtet.

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und gemeinsame Einrichtung (geändert durch Protokollnotiz vom 01.09.2005)

§ 30

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. *(geändert durch Protokollnotiz vom 01.09.2005)*

§ 31

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann 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 9 - Qualitätssicherung auf Grundlage Dokumentationsdaten nach Anlage 13 - Dokumentationsbogen 2a/2b weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der 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 2a 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 Abs. 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 32

Bildung einer gemeinsamen Einrichtung

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV (Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung) und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 33

Aufgaben der gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermitteltem Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 – Qualitätssicherung auf Grundlage Dokumentationsdaten 2a/b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 2a RSAV,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 2a der RSAV,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 2a der RSAV und
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV,
 5. die Erstellung eines detaillierten Ermittlungsverfahrens, zur Auswertung der Dokumentationsdaten gem. Ziffer 1 zur Ermittlung der Qualitätsergebnisse gemäß der 2. Ergänzung zur Vereinbarung zum Diabetes Gesundheitsmanagement sowie der Vereinbarung gemäß Artikel 3 des WOP Gesetzes vom 11.12.2001 zwischen den Vertragspartnern vom 25.06.2003 gemäß § 4 Abs. 5,
 6. Zustimmung zu Nachschulungen gemäß § 36 Abs. 2.
- (2) Die gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in § 21 Abs. 3, e genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X - Evaluation

§ 34 Evaluation

- (1) 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 1 Ziff. 5 der RSAV vorgesehene Stichprobenbefragung wird die Krankenkasse ein Adressmittlungsverfahren vorsehen.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der Krankenkasse und der gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV MV gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der Krankenkasse.

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 35

Vertragsärztliche Leistungen

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

§36

Sondervergütung

- (1) Für die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 13 - Dokumentationsbogen 2a/b in der jeweils gültigen Fassung der RSAV und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentationen für korrekt eingeschriebene Versicherte nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsbeschreibung	Vergütung	
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, sowie Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation und Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 des Vertrages.	Euro 20,00	Gop 9300
Erstellung und Versand der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation für Typ 2 Diabetiker durch Vertragsärzte nach § 3 des Vertrages.	Euro 15,00	Gop 9302

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Pseudo-Ziffer 9300 (Erstdokumentation) kann grundsätzlich nur 1x je Versicherten und Arzt abgerechnet werden. Die Pseudo-Ziffer 9302 (Folgedokumentation) kann je Versicherten und Arzt nur entsprechend der festgelegten Dokumentationsfrequenz gemäß Anlage 16 – Dokumentationsfrequenz des DMP-Vertrages abgerechnet werden. Erfolgt die Dokumentation quartalsweise beträgt der Mindestabstand zwischen zwei Dokumentationen zwei Monate, der Höchstabstand beträgt vier Monate. Erfolgt die Dokumentation halbjährlich beträgt der Mindestabstand zwischen zwei Dokumentationen fünf Monate, der Höchstabstand beträgt sieben Monate.

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 innerhalb von 60 Arbeitstagen nach Ende des Dokumentationsquartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle monatlich die Anzahl der vertragskonformen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KV MV.

- (2) Die Patientenschulungen gemäß Anlage 15 – Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 14 – Strukturqualität Schulungsarzt nachgewiesen und die Abrechnungsgenehmigung von der KV MV erhalten haben.

Die Schulungen werden je Typ 2 Diabetiker wie folgt vergütet, wobei eine Unterrichtseinheit (UE) einen Zeitraum von 90 Minuten darstellt:

Schulungsprogramm	Umfang	Vergütung UE/Patient	
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 4. Auflage, 2001 bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzteverlag (Grüßer/Jörgens)	Das Programm umfasst vier Doppelstunden. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. In einem Schulungskurs können je nach Vereinbarung bis zu vier oder zehn Patienten unterrichtet werden.	Euro 20,00	Gop 9310
Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2 - MEDIAS 2	Die Durchführung von MEDIAS 2 umfasst 12 Kurstermine à 90 min (optional 8 Termine). Zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen ist ein Nachtreffen der Teilnehmer nach 3 bis 6 Monaten geplant. Die Gruppen können 6 bis 8 Patienten umfassen.	Euro 20,00	Gop 9311
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 4. Auflage, 2001 bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzteverlag	Das Programm umfasst fünf Doppelstunden für Kleingruppen von bis zu vier Patienten. Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert ist.	Euro 20,00	Gop 9312
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 1. Auflage, 1999 bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzteverlag	Das Programm umfasst fünf Doppelstunden für Kleingruppen von bis zu vier Patienten. Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert ist. Wenn Verzögerungsinsulin zusätzlich zur Nacht benötigt wird, wird eine sechste Unterrichtseinheit angeboten.	Euro 20,00	Gop 9313
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Das Programm umfasst vier Doppelstunden und wird mit Kleingruppen von bis zu vier Patienten durchgeführt. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.	Euro 20,00	Gop 9320
Strukturiertes Therapie-	Das Schulungsprogramm setzt	Euro	Gop

und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie; ; in der jeweils aktuellsten Auflage, derzeit: 1. Auflage, 1997 bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzteverlag	sich aus drei bis vier Unterrichtseinheiten von 90 bis 120 min Dauer zusammen. In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt. Die Gruppen bestehen aus vier bis sechs Patienten.	20,00	9321
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	------

Diabetes-Schulungsmaterial		Euro 6,90	Gop 9330
Hypertonie-Schulungsmaterial		Euro 6,90	Gop 9331

Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbstverantwortlich sind. Der bestehende Kenntnisstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Das Schulungsprogramm MEDIAS 2 kann nur für Versicherte im mittleren Lebensalter (bis zum 65. Lebensjahr) die nicht Insulin spritzen unterrichtet werden. Versicherte älter als 65 Lebensjahre haben keinen Anspruch auf das MEDIAS 2 Schulungsprogramm.

Für Patienten die das Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Grüßer/Jörgens), absolviert haben, besteht kein Anspruch auf das MEDIAS 2-Schulungsprogramm.

Die Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig. Nachschulungen, ausschließlich in Form von modularen Schulungen, bedürfen der Begründung des schulenden Vertragsarztes sowie der Zustimmung der gemeinsamen Einrichtung gemäß § 32 des DMP-Vertrages.

Die Vergütungen der Schulungsleistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

Die KV MV weist gegenüber der Krankenkasse durch ein geeignetes Verfahren (jeweils Datum und Unterschrift des Arztes und des Typ 2 Diabetikers pro Schulungseinheit) die Erbringung der Schulungseinheiten nach.

Die KV MV weist gegenüber der Krankenkasse quartalsweise die abgerechneten Schulungseinheiten sowie Schulungsmaterialien unter Angabe der Arzt- und Versichertennummer in den Abrechnungsunterlagen aus.

- (3) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte wird ein Jahr nach Vertragsbeginn durch die Vertragspartner gemeinsame analysiert.

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 37

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 der 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.

§ 38

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KV MV liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten mit pseudomisierter Arztnummer versichertenbezogen an die Krankenkasse.
- (2) Sofern die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug der Dokumentationsdaten 2a der RSAV 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 erforderlich ist, gibt die KV MV der Arbeitsgemeinschaft den Arzt bekannt.
- (3) 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.

§ 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 erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden RSA Änd. V, einer Empfehlung des Koordinierungsausschusses nach § 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden.
- (3) Bei erneuter Akkreditierung gilt dieser Vertrag für den Zulassungszeitraum 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 Nichtakkreditierung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zu Quartalsende gekündigt werden.

- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2 sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (6) Die Bestimmungen zur Vergütung und Abrechnung (Abschnitt XI) werden bei Änderungen des EBM, sofern sie diesen Vertragsinhalt und ggf. ergänzende Vereinbarungen tangieren, unverzüglich angepasst. Die notwendigen Neuregelungen zur Vergütung gelten zeitgleich mit Wirkung des Inkrafttretens der entsprechenden Änderungen des EBM.

§ 40

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages 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 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 ersetzt, 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

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

AOK Mecklenburg-Vorpommern
Die Gesundheitskasse.

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt**
- Anlage 2 Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor**
- Anlage 3 Strukturqualität Krankenhaus**
- Anlage 4 Auftragsleistung**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
- Anlage 6 Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2“**
- Anlage 7 Verzeichnis „Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2“**
- Anlage 8 Versorgungsinhalte**
- Anlage 9 Qualitätssicherung auf Grundlage Dokumentationsdaten 2a/b**
- Anlage 10 Patientenmerkblatt**
- Anlage 11 Datenschutzinformation**
- Anlage 12 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**
- Anlage 13 Dokumentationsbogen 2a/b**
- Anlage 14 Strukturqualität Schulungsarzt**
- Anlage 15 Patientenschulung**
- Anlage 16 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz**