

# **VERTRAG**

**über**

**eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in  
Thüringen gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 23.05.2006  
in der Fassung ab 01.07.2021**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**  
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes  
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „KVT“ genannt)

und

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**  
vertreten durch den Vorstand,  
dieser hier vertreten durch Herrn Wolfgang Karger

**dem BKK Landesverband Mitte,**  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

**der IKK classic,**

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

**der KNAPPSCHAFT,  
– Regionaldirektion Frankfurt/M. –**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen:**

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

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

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Erläuterungen**

#### **Präambel**

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

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

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

- § 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben des/der diabetologisch besonders qualifizierten Vertragsarztes/Einrichtung (Koordinierender Versorgungssektor)
- § 4 Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeverfahren
- § 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 7 Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und andere Leistungserbringer

#### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 8 Medizinische Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1

#### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 9 Grundlagen und Ziele
- § 10 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele
- § 11 Durchführung der Qualitätssicherung
- § 12 Vertragsmaßnahmen

#### **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/der Einrichtung
- § 18 Versichertenverzeichnis

#### **Abschnitt VI – Schulungen**

- § 19 Vertragsärzte
- § 20 Versicherte

#### **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen**

- § 21 Erst- und Folgedokumentation
- § 22 Datenverwendung und -zugang
- § 23 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 24 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung**

- § 25 Allgemeine Datenflussregelung
- § 26 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 27 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

- § 28 Datenstelle
- § 29 Datenflüsse über die Datenstelle
- § 30 Datennutzung durch die Krankenkassen
- § 31 Datennutzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

## **Abschnitt X – Evaluation**

- § 32 Evaluation

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

- § 33 Abrechnung und Vergütung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 34 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- § 35 Haftung
- § 36 Laufzeit und Kündigung
- § 37 Schriftform
- § 38 Salvatorische Klausel

## **Anlagen**

Anlage 1	Strukturqualität des koordinierenden Versorgungssektors
Anlage 2	Strukturqualität qualifizierter Vertragsarzt/qualifizierte Einrichtung für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen
Anlage 3	Strukturqualität Hausarzt
Anlage 4	Strukturqualität stationäre Einrichtungen
Anlage 5a	Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)
Anlage 5b	Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor – Veröffentlichung)
Anlage 5c	Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)
Anlage 5d	Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 6	Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung
Anlage 7	Patientenschulung
Anlage 8	Qualitätssicherung
Anlage 9	Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1
Anlage 10a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertragsarzt/qualifizierte Einrichtung
Anlage 10b	Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
Anlage 11	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Information zum Datenschutz und Patienteninformation
Anlage 12	unbesetzt
Anlage 13	Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen

## **Erläuterungen**

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

„Ärzte“ sind angestellte Ärzte jedweden Geschlechts.

„ARGE“ ist eine Arbeitsgemeinschaft i. S. d. § 26.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 28.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm – strukturiertes Behandlungsprogramm.

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

„DM 1“ ist der Diabetes mellitus Typ 1.

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlage 13).

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

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

„GE“ ist die Gemeinsame Einrichtung i. S. d. § 27.

„Koordinierender Vertragsarzt“ sind Vertragsärzte jedweden Geschlechts i. S. d. § 3.

„Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4.

„KVT“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen.

„Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und koordinierende Ärzte in qualifizierten Einrichtungen i. S. d. § 3 sowie die Krankenhäuser sowie die Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 4 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; „anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts.

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

„Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts.

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte jedweden Geschlechts.

„Vertragsregion“ ist entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 1 der Geltungsbereich der KVT.

Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Thüringen gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 23.05.2006 in der Fassung ab 01.07.2021

Die rechtlichen Grundlagen bzw. Verträge bezeichnen immer die aktuell gültigen Fassungen, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

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

## **Präambel**

Der Vertrag zur Umsetzung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) wird mit Wirkung zum 01.07.2021 wie folgt neu gefasst:

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme verbessert werden.

Als DM 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist. Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII/Pumpentherapie) ermöglicht die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung.

Durch die Behandlung von Patienten mit DM 1 in einem DMP erwarten die Vertragspartner eine optimierte medizinische Versorgung dieser Patienten.

Insbesondere soll mit diesem Vertrag eine transparente, leitlinienbasierte, qualitätsgesicherte Betreuung von Menschen mit DM 1 und Steuerung der Behandlungsabläufe durch die beteiligten Ärzte bewirkt werden. Zu diesem Zweck bilden Versorgungsinhalte und evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung von DM 1 die Grundlage für eine sinnvoll abgestufte und therapeutisch rationale Behandlung der Patienten.

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass durch dieses DMP die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Arzt nicht beeinträchtigt wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfindet. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des DMP sowie dessen Qualitätssicherung soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen wird auf das notwendige Maß begrenzt.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2020 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Regelungen für die Indikation DM 1 sind insbesondere in den Anlagen 7 und 8 der DMP-A-RL sowie in der RSAV festgelegt.

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

### **§ 1 Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel dieses Vertrages ist die Weiterentwicklung der in Thüringen gewachsenen integrierten Versorgungsstrukturen für Patienten mit DM 1 durch strukturierte Kooperationen zwischen den Leistungserbringern und den beteiligten Krankenkassen und durch Koordination der Behandlung der Versicherten sowie die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und kostengünstigen Versorgung von Typ 1-Diabetikern in Thüringen.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und über eine adäquate Stoffwechselkontrolle hinaus die in Abs. 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an dieses DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in der Anlage 7 der DMP-A-RL festgelegt. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:
  - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
  - Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
  - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,
  - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
  - Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).
- (4) Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von pädiatrischen Patienten bis zum Alter von 18 Jahren entsprechend Anlage 9 „Versorgungsinhalte zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1“ Nummer 1.7.1 mit DM 1 im Vordergrund:
  - Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
  - Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
  - altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
  - möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Dieser Vertrag gilt für
1. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und Einrichtungen gemäß § 400 Abs. 2 SGB V im Bereich der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
  2. Ärzte, die bei den in Nr. 1 genannten Leistungserbringern gemäß § 95 Abs. 2 oder Abs. 9 SGB V angestellt sind, sofern diese angestellten Ärzte Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen und für sie nach Maßgabe des Abschnitts II die Leistungserbringung erklärt wurde.
  3. die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KVT, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  4. die Behandlung von Versicherten der BKKn (die ihre Teilnahme am DMP erklärt haben), die einen nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmenden Vertragsarzt in Thüringen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.
  5. die Behandlung von Versicherten aller AOKn im Bundesgebiet. Die Bevollmächtigung der AOK PLUS durch die anderen AOKn wurde für alle DMP-Verträge erteilt.
  6. außerthüringische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der KVT und der IKK classic erklären und die Vergütung gemäß § 33 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder Vorschriften gelten.

Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie dies gegenüber den Vertragspartnern erklären und sie die vereinbarte Vergütung gemäß § 33 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Grundlage dieses Vertrages nach § 83 SGB V sind die §§ 137f und 137g SGB V in Verbindung mit den Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL (Anlagen 7 und 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL) in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 36.

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

### **§ 3 Teilnahmeberechtigung und Aufgaben des/der diabetologisch besonders qualifizierten Vertragsarztes/Einrichtung (Koordinierender Versorgungssektor)**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte/Einrichtungen an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind zugelassene Vertragsärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ oder koordinierende Ärzte in Einrichtungen, die diabetologisch besonders qualifiziert sind und die Strukturanforderungen nach **Anlage 1** oder **3** – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.

- (3) Die Koordination bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfolgt grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater oder eine diabetologisch besonders qualifizierte pädiatrische Einrichtung, welche die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß **Anlage 2** – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllt. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch eine/n in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfahrene/n, diabetologisch besonders qualifizierte/n Einrichtung/Arzt erfolgen, sofern die Strukturqualität gemäß Anlage 1 „Strukturqualität des koordinierenden Versorgungssektors“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllt ist.
- (4) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt gegenüber der KVT und sonstige Einrichtungen gegenüber dem vdek zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt (bzw. der Leiter des anstellenden MVZ), dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. vom anstellenden MVZ unverzüglich mit Hilfe des der **Anlage 10a** beigefügten Formulars (**Anlage 10b** „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) mitgeteilt.
- (6) Zu den Aufgaben der koordinierenden Vertragsärzte/Einrichtungen gehören insbesondere:
  1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.8 der **Anlage 9** („Medizinische Anforderungen“),
  2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14,
  3. die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 8 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII bis IX,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT entsprechend nachgewiesen wurde,
  6. die Beachtung der Überweisungsregeln gemäß Anlagen 1 und 2 sowie Nummern 1.8.2 bis 1.8.4 der Anlage 9,
  7. soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung des Versicherten nicht ausreicht, die Überweisung per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer vorzunehmen,
  8. bei Vorliegen einer Indikation zur Einweisung in ein Krankenhaus ist in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus, das die Strukturqualität gemäß **Anlage 4** erfüllt, unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung auf Grund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen. Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren ist in ein Krankenhaus, das über einen diabetologisch qualifizierten Pädiater gemäß Anlage 2 verfügt, einzuweisen.
  9. auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patienten mit DM 1 ist durch die koordinierenden Vertragsärzte/Einrichtungen zu prüfen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei

psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

10. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
- (7) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt gilt Abs. 6 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch die arbeitsvertragliche Regelung für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.
- (8) Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Versicherten, bei Kindern unter Einbeziehung des Erziehungsberechtigten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

#### **§ 4**

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

- (1) Die Krankenkassen bzw. deren Landesverbände binden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose DM 1 vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen sind erstmalig zu Beginn der Teilnahme und fortlaufend verpflichtet, die vertraglich geforderten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 4 „Strukturqualität stationäre Einrichtungen“ zu erfüllen. Die Patienten sind gemäß den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

#### **§ 5**

##### **Teilnahmeverfahren**

- (1) Der Vertragsarzt oder die Einrichtung kann gemäß § 3 an diesem Vertrag teilnehmen, wenn er seine Teilnahme mittels der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10a schriftlich gegenüber der KVT erklärt. Dieser Erklärung sind die erforderlichen Nachweise über die Erfüllung der genannten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen. Er bestätigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag zur Datenverarbeitung.
- (2) Wird die Teilnahme des Vertragsarztes oder der Einrichtung bzw. zugelassenen MVZ gemäß § 3 am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem der Anlage 10a beigefügten Formular (Anlage 10b „Ergänzungserklärung zur Teilnahme und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVT kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahme- und Einwilligungserklärung weitergeführt werden.
- (3) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
- (4) Die KVT prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturvoraussetzungen der Anlagen 1 und/oder 2 und/oder 3 und bestätigt die Teilnahme.

## § 6

### Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des/der Vertragsarztes/Einrichtung gemäß § 3 beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.
- (2) Die Teilnahme kann seitens des/der Vertragsarztes/Einrichtung gemäß § 3 schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende des Kalendervierteljahres gegenüber der KVT beendet werden.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet darüber hinaus:
  1. mit dem Ende dieses Vertrages,
  2. mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
  3. mit dem Ausschluss des Vertragsarztes gemäß § 12 wegen Vertragspflichtverletzung,
  4. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes,
  5. mit dem Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.

Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag ruht mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

- (4) Die KVT informiert die beteiligten Vertragspartner in den Fällen des Abs. 2 bzw. 3 Nr. 2 bis 5 unverzüglich über das Ende der Teilnahme. Die Krankenkasse kann die von einer Beendigung betroffenen Versicherten auf andere, nach diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte gemäß § 3 aufmerksam machen.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Antragstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in Anlage 10b („Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Arztes/der Einrichtung“) beigefügten Formular.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 bis 3 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

## § 7

### Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und andere Leistungserbringer

Über die teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ nach § 3 führt die KVT ein Verzeichnis (**Anlagen 5a und 5b**). Das Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVT stellt dieses Verzeichnis entsprechend **Anlage 5d** den Vertragspartnern wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.

Das Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem bei Bedarf:

- dem koordinierenden Vertragsarzt,
- den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, der an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
- der Datenstelle gemäß §§ 28 bis 30 zur Erfüllung ihrer Aufgaben

zur Verfügung gestellt.

- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer,
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
  - Berechtigungen.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Abs. 1 kann mit Zustimmung aller Vertragspartner unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange veröffentlicht werden.
- (4) Das BAS erhält alle 5 Jahre (und auf Anforderung) ein Leistungserbringerverzeichnis entsprechend Anlage 5a in aktualisierter Form. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 4 teilnehmenden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen (**Anlage 5c**). Die Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis dem BAS auf Anforderung zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem der KVT zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

#### **§ 8**

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

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in Anlage 9 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen wortgleich den Anforderungen der Anlage 7 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Aktualisierung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen verpflichten sich die Vertragsärzte, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Vertragsärzte werden von der KVT über Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlungen informiert.
- (3) Während der Laufzeit dieses Vertrages werden die Vertragspartner – im Rahmen ihres gesetzlichen Handlungsspielraums auf Grundlage der jeweils gültigen RSAV sowie der DMP-A-RL – aktualisierte evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung des DM 1 in dieses DMP zeitnah einarbeiten.

- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP DM 1 teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage 9 „Versorgungsinhalte“ zu behandeln und zu beraten. Dies gilt ebenfalls, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen DM 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## Abschnitt IV – Qualitätssicherung

### § 9 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der **Anlage 8** „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen,
- Einhaltung der Anforderungen gemäß der Nummern 1.1 bis 1.7 der Anlage 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 9 einschließlich der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1, 2 und 3,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

### § 10 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele

- (1) Zur Erreichung der in § 9 festgelegten Qualitätsziele dienen sowohl Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten, die von der GE durchgeführt werden, als auch strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen, deren Verlaufsdokumentation auch Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält. Insbesondere sollen folgende Maßnahmen auf der Grundlage der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß **Anlage 13** eingesetzt werden:
- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Vertragsärzte,
  - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Vertragsärzte sein,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte, anderer Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

Das Nähere ist in Anlage 8 geregelt.

- (2) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten sowie der Beratung und Information der Versicherten entsprechend **Anlage 11** werden die Krankenkassen nicht in die medizinischen, therapeutischen und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnis eingreifen. Die Einzelheiten zur Sicherstellung dieser Verpflichtung sind in § 30 geregelt.

- (3) Die Vertragspartner verständigen sich bei Anpassungsbedarf oder auf Anregung durch die GE über die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung sowie deren Umsetzung nach diesem Abschnitt.

## **§ 11**

### **Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Krankenkassen
1. führen die in Anlage 8 Teil 2 vereinbarten Maßnahmen im Krankenkassen-Versicherten-Verhältnis durch,
  2. übernehmen die Sicherstellung der systematischen und aktuellen Information der eingeschriebenen Versicherten.
- (2) Darüber hinaus übernimmt die KVT aufgrund der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 originär die weitergehende Qualitätssicherung im Rahmen der ärztlichen Versorgung und entscheidet eigenverantwortlich über die Art und Weise und den Umfang.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 12**

### **Vertragsmaßnahmen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit diesem Vertrag zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zur Durchführung dieses DMP.
- (2) Die Krankenkassen verpflichten sich insbesondere die gesetzlich angeordneten Beendigungstatbestände des § 24 Abs. 2 RSAV in Verbindung mit § 16 zu beachten.
- (3) Beachtet ein Vertragsarzt – entgegen seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung – die Verpflichtungen nach diesem Vertrag nicht, löst dies folgende Maßnahmen aus:
1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bei bereits erfolgter Vergütung,
  2. bei wiederholtem nachweislichen Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen kann er auf begründeten Antrag eines Vertragspartners von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVT im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

## **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 Einschreibekriterien gemäß Anlage 9 „Versorgungsinhalte“ Nummer 3 erfüllt sind. Die Vertragsärzte sollen prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3.1 der Anlage 9 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann. Gemeinsam mit dem Patienten sind individuelle Therapieziele festzulegen und eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen.

Voraussetzung für die Einschreibung der Versicherten ist:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt/die koordinierende Einrichtung entsprechend Anlage 9 Nummer 1.2 auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
- die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser einem beauftragten Dritten übermittelt 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 am DMP zur Folge hat.

Die Versicherten bzw. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ihre gesetzlichen Vertreter bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sie im Einzelnen:

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
  - die Aufgabenverteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
  - auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
  - über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
  - über die mit ihrer Teilnahme an dem DMP verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des DMP und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.
- (2) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen gehört ferner, dass eine Insulintherapie gemäß Nummer 1.3.4 der Anlage 9 eingeleitet wurde oder durchgeführt wird.
- (3) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (4) Wenn der Versicherte an mehreren chronischen – der in der DMP-A-RL genannten – Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen.

## **§ 14**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkasse wird zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, die Information zum Datenschutz und die Patienteninformation entsprechend Anlage 11, über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

- (2) Koordinierende Vertragsärzte und Einrichtungen, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem/ koordinierenden Vertragsarzt/Einrichtung einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen notwendig:
  1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL (Anlage 13) durch den Vertragsarzt.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt oder die koordinierende Einrichtung. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Leistungserbringer nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt bzw. Leistungen im Rahmen dieses DMP erbringt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL (Anlage 13) an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (5) Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2 ist nicht möglich.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt (koordinierender Vertragsarzt) verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und an die Datenstelle weitergeleitet werden können.
- (7) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese ihrem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt/der koordinierenden Einrichtung schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem DMP.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

- (1) Nach umfassender Information über dieses DMP entsprechend § 3 Abs. 1 Nr. 3 der DMP-A-RL und § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung der Daten erklärt sich der Versicherte bzw. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres seine gesetzlichen Vertreter auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 11<sup>1</sup> zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (2) Darüber hinaus wird der Versicherte schriftlich über die nach § 25 Abs. 2 Nr. 1a RSAV übermittelten Daten unterrichtet (z. B. Durchschrift/Ausdruck der Dokumentation).

---

<sup>1</sup> Für sämtliche, in diesem DMP verwendeten ärztlichen Formulare sind zur Sicherstellung der Ausfüllbarkeit und Bedruckbarkeit die allgemeinen Regelungen der Vordruckvereinbarung (Anlage BMV-Ä) zu beachten.

## **§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse des Versicherten gemäß § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich oder mündlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der mündlichen Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei der Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin
  - mit dem Tag des Endes dieses Vertrages,
  - mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
  - nach den Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV oder
  - mit der Aufhebung bzw. mit dem Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
- (4) Die Krankenkasse des Versicherten informiert sowohl den Versicherten als auch den gewählten Vertragsarzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

## **§ 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes/der Einrichtung**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen gewählten koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL (Anlage 13) und übersendet diese an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX.
- (3) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung des neu gewählten koordinierenden Vertragsarztes – unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten – die bisherigen Dokumentationsdaten.
- (4) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines gewählten koordinierenden Vertragsarztes aus diesem Vertrag.

## **§ 18 Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVT bei Bedarf in elektronisch geeigneter Form eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß diesem Abschnitt eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## Abschnitt VI – Schulungen

### § 19 Vertragsärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 3 umfassend über die abgestimmten Ziele und Inhalte dieses DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Der Vertrag einschließlich Anlagen wird durch die KVT im Internet ([www.kvt.de](http://www.kvt.de)) veröffentlicht. Die Vertragspartner veröffentlichen Änderungen, insbesondere bei Änderungen der DMP-A-RL, in einer für die teilnehmenden Vertragsärzte geeigneten Form (z. B. im Internet).
- (3) Zur Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele erfolgen Schulungen der teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 3 sowie der angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen. Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien ab.
- (4) Die im Rahmen der Strukturqualität von den Vertragsärzten bzw. von deren angestellten Ärzten nach § 3 i. V. m. den **Anlagen 1 und 6** „Strukturqualität“ geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVT von den – im Rahmen dieses DMP – leistungserbringenden Vertragsärzten nachzuweisen. Die Anforderungen an die Fortbildungsmaßnahmen definieren die Vertragspartner.

### § 20 Versicherte

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten, insbesondere anhand der Anlage 11, bestehend aus der Patienteninformation, der Information zum Datenschutz und der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, umfassend über Ziele und Inhalte dieses DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zu Grunde gelegten Versorgungsinhalte transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu angemessenen Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand des Versicherten ist zu berücksichtigen. In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, gemäß § 8 einzubeziehen. Bei Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (3) Im Rahmen dieses DMP finden die in **Anlage 7** i. V. m. Anlage 6 des DMP-übergreifenden Vergütungsvertrages (außer Brustkrebs) beschriebenen Schulungsprogramme Anwendung.
- (4) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten Zugang zu bereits durch das BAS geprüften und im Rahmen von DMP zur Anwendung kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen. Schulungen, die nach dem 31.12.2019 in dieses DMP eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein. Sind

strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar, sind diese bevorzugt anzubieten. Es wird das Ziel verfolgt, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist grundsätzlich zu berücksichtigen.

Es werden nur Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage durchgeführt.

- (5) Die Überprüfung der Strukturqualität der zur Schulung berechtigten Leistungserbringer erfolgt durch die KVT.

## **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen**

### **§ 21**

#### **Erst- und Folgedokumentation**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL (Anlage 13) aufgeführten Angaben.
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (3) Der gewählte koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen gemäß den Dokumentationsparametern nach Anlage 13 entsprechend der Ausprägung des diabetischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise bzw. jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

### **§ 22**

#### **Datenverwendung und -zugang**

- (1) Die Vertragspartner haben zur Spezifizierung der Datennutzung in § 30 Grundsätze der Datennutzung vereinbart, die verpflichtend sind. Darüber hinaus stellen die beteiligten Krankenkassen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten gemäß Anlage 13 nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden.
- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX und die ARGE übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die GE und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

### **§ 23**

#### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbezieharen Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 der DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a sowie für die Datenstelle gemäß § 5 Abs. 2b der DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung nach Beendigung des Vertrages, sobald die Daten für vorgeschriebene Prüfzwecke nicht mehr

erforderlich sind. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

## **§ 24 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften der DS-GVO, 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.

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 25 Allgemeine Datenflussregelung**

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die von den Vertragsärzten gemäß § 21 erhobenen Datensätze gemäß § 25 Abs. 2 RSAV den Vertragspartnern zugeleitet werden.
- (2) Dazu haben die Vertragspartner sowohl eine ARGE nach § 219 SGB V als auch eine GE gebildet.

### **§ 26 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V**

- (1) Die Vertragspartner haben die Aufgaben der bestehenden ARGE nach § 219 SGB V erweitert. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die ARGE hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn an die KVT und die von den Mitgliedern der ARGE gebildete GE nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die ARGE beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben gemäß § 28. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 27 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Vertragspartner haben die Aufgaben der bestehenden GE im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV erweitert. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

- (2) Der GE obliegt die Aufgabe – auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten – die Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Aufgaben des § 11 (die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 13, die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten (Anlage 13), die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13),
  2. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung bzw. Beauftragung eines Dritten mit der Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL,
  3. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
  4. die Auswertung der Dokumentationsdaten und der Berichte der Krankenkassen, die im Rahmen deren Aufgabenzuweisung nach §§ 10 und 11 zu erstellen sind.
- (3) Die GE kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

### **§ 28 Datenstelle**

- (1) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß RSAV und der DMP-A-RL.
- (2) Die beteiligten Krankenkassen und die ARGE nach § 26 beauftragen die Datenstelle – entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten – mit nachstehenden Aufgaben:
1. die Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,
  2. die Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten entsprechend Anlage 13,
  3. die Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß § 23,
  4. die Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität, verbunden mit der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  5. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 RSAV,
  6. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 für die Erstdokumentation an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten,
  7. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 für die Folgedokumentation an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten,
  8. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT,

9. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE nach § 27,
10. die quartalsbezogene Weiterleitung eines reduzierten Datensatzes für Abrechnungszwecke an die KVT; bestehend aus den administrativen Daten für die von der Datenstelle weitergeleiteten vollständigen Erst- und Folgedokumentationen, jeweils bis zum 15. des 1. Monats des Folgequartals.

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die ARGE mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.

- (3) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes gemäß § 5 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vertretungsmacht geschlossenen Vertrages zwischen den Vertragspartnern und der Arbeitsgemeinschaft nach § 25 RSAV mit der Datenstelle. Darin beauftragt er die Datenstelle:
  - die von ihm erstellte Dokumentation gemäß § 21 auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
  - die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

## **§ 29**

### **Datenflüsse über die Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 5 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt:
  1. die vollständige Erstdokumentation nach § 21 in Verbindung mit Anlage 13 und
  2. die vollständige Folgedokumentation nach § 21 in Verbindung mit Anlage 13

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP-Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Online-Portal zu erfassen und die Dokumentation verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst innerhalb von 10 Kalendertagen nach Erstellung der Dokumentation an die Datenstelle (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die von ihm erstellte und von ihm und dem Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Kalendertagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.

Dabei vergibt der koordinierende Vertragsarzt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ bis „9“) bestehen darf. Diese darf jeweils nur einmal vergeben werden. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens. Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der Vertragsarzt auf Anforderung das Arztexemplar der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

- (2) Nach Durchführung der Datenverarbeitung entsprechend § 28 übermittelt die Datenstelle die Ergebnisse des Datenverarbeitungsprozesses wie folgt:
  1. bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 13 an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse,
  2. bei der Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse,

3. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE,
4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT,
5. bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt die Folgedokumentation.

### **§ 30**

#### **Datennutzung durch die Krankenkassen**

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch dieses DMP das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gestört werden soll. Die beteiligten Krankenkassen stellen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten gemäß Anlage 13 nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden. Daher verpflichten sich die Krankenkassen zu einer maßvollen Datennutzung.
- (2) Die an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten Datensätze sollen im Verhältnis zu ihren Versicherten nach den folgenden Grundsätzen genutzt werden:
  1. Das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient bleibt durch dieses DMP unberührt.
  2. Die ärztliche Behandlungsfreiheit wird durch dieses DMP nicht eingeschränkt.
  3. Alle im DMP erhobenen Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieses DMP verwendet.
  4. Die Optimierung der Patientenversorgung bleibt das gemeinsame Ziel von Vertragsärzten und Krankenkassen im Rahmen dieses DMP.
  5. Die Dokumentationsdaten werden nur dazu genutzt, ihre Versicherten entsprechend Anlage 8 anlassbezogen und individuell zu informieren und persönlich zu beraten.
  6. Weitere Informationen an Versicherte können nur im Zusammenhang mit einer vertraglich vereinbarten Krankenkassen-Intervention gemäß Anlage 8 erfolgen. Dabei sollen die allgemeinen Informationen vorab der KVT von den Krankenkassen hinsichtlich Informationsart, -form und -zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen erfolgen erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt. Es erfolgt keine darüber hinausgehende Steuerung des Krankheitsfalls durch die Krankenkasse des Versicherten. Dies bleibt allein in der Verantwortung der behandelnden Vertragsärzte.
  7. Wenn sich der Versicherte direkt an seine Krankenkasse wendet, wird er beraten. Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der GE.

### **§ 31**

#### **Datennutzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die an die KVT weitergeleiteten Daten nur für Abrechnungszwecke verwendet werden.

## **Abschnitt X – Evaluation**

### **§ 32 Evaluation**

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

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

### **§ 33 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Krankenkasse trägt die Vergütung nach § 33 für Leistungen an Patienten, die sich gegenüber dem Vertragsarzt als anspruchsberechtigte Versicherte der Krankenkasse ausweisen.

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

### **§ 34 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Die Datenübermittlungen gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgen gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 35 Haftung**

Eine Haftung der KVT für etwaige der Krankenkasse im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile aus diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit die Datenlieferungen der KVT vollständig und fristgerecht erfolgten und sie die Nachteile daher nicht zu vertreten hat.

### **§ 36 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vertragsfassung ersetzt den zum 30.06.2015 in Kraft getretenen Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Thüringen gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V sowie die Protokollnotiz vom 18.03.2019 und tritt zum 01.07.2021 in Kraft. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Kalenderhalbjahr

gekündigt werden. Bei Kündigung des Vertrages durch eine Krankenkasse bzw. einen Krankenkassenverband bleibt dieser Vertrag für die anderen Vertragspartner bestehen.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Kalendervierteljahr gekündigt werden.

### **§ 37 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.

### **§ 38 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 diesem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Weimar, den 08.06.2021

gez. Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

gez. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für  
Sachsen und Thüringen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

gez. BKK Landesverband Mitte,  
Landesvertretung Thüringen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

gez. IKK classic

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

gez. KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Frankfurt/M. -

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung  
Thüringen -