

Vertrag

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms
nach § 137 f SGB V

Diabetes mellitus Typ-2

auf der Grundlage des § 73 a SGB V

in der Fassung des 1. Ergänzungsvertrages (20. RSA-ÄndV.)

Lesefassung

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz
(nachfolgend „KV Rheinland-Pfalz“ genannt)

und

- dem BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz,
- der IKK Südwest, Saarbrücken
- der Knappschaft – Regionaldirektion Saarbrücken,
- den nachfolgend benannten Ersatzkassen

**BARMER GEK,
Techniker Krankenkasse (TK)
Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
KKH-Allianz (Ersatzkasse)
HEK-Hanseatische Krankenkasse
Hkk**

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Disease-Management-Programm Diabetes Typ-2

Präambel

Abschnitt 1

- § 1 Geltungsbereich
- § 2 Abgestufte diabetologische Versorgung
- § 3 Information und Schulung
- § 4 Zur Leistungserbringung berechnigte Ärzte
- § 5 Teilnahmevoraussetzungen der Leistungserbringer an der Vereinbarung
- § 6 Unterstützende Maßnahmen (z.B. Reminder)
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten
- § 8 Beginn, Ruhen und Ende der Teilnahme des Arztes
- § 8 a Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ-2
- § 10 Qualitätssicherung
- § 11 Koordinierender Vertragsausschuss

Abschnitt 2 Kooperation der Versorgungssektoren

- § 12 Ziele der Kooperation
- Ebene A Hausarzt**
- § 13 Versorgungsauftrag
- § 14 Dokumentation

Abschnitt 3 Ebene B, diabetologisch qualifizierter Arzt

- § 15 Versorgungsauftrag
- § 16 Qualifikation
- § 17 Dokumentation/Qualitätssicherung

Abschnitt 4 Ebene C, diabetologische Schwerpunktpraxis

- § 18 Versorgungsauftrag
- § 19 Qualifikation
- § 20 Abrechnungsgenehmigung
- § 21 Dokumentation/Qualitätssicherung

Abschnitt 5 Ebenen D und E

§ 22 Einweisung in eine stationäre Einrichtung

Abschnitt 6

§ 23 Leistungen auf Überweisung

Abschnitt 7 Augenarzt

§ 24 Versorgungsauftrag

§ 25 Dokumentation/Qualitätssicherung

Abschnitt 8 Versorgung von Schwangeren

§ 26 Versorgungsauftrag

Abschnitt 9 Fußambulanz Diabetisches Fußsyndrom

§ 27 Versorgungsauftrag

§ 28 Fußambulanz/Versorgungsauftrag

§ 29 Qualifikation zum Führen einer Fußambulanz durch Diabetologen oder Chirurgen

§ 30 Dokumentation/Qualitätssicherung

Abschnitt 10 Schulungsgemeinschaft

§ 31 Versorgungsauftrag

Abschnitt 11 Datenannahmestelle/Datenfluss, Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung

§ 32 Datenannahmestelle/Datenfluss

Abschnitt 12 Arbeitsgemeinschaft/Zusammenarbeit

§ 33 Arbeitsgemeinschaft

§ 34 Gemeinsame Einrichtung

§ 35 Datenschutzrechtliche Bestimmungen

Abschnitt 13 Evaluation/Veröffentlichung

- § 36 Evaluation
- § 37 Offenlegung statistischer Daten

Abschnitt 14 Vergütung, Abrechnung

- § 38 Vergütung
- § 39 Abrechnung

Abschnitt 15 In-Kraft-Treten, Vertragsverstöße, Sanktionen, Kündigung

- § 40 Vertragsverstöße und Sanktionen
- § 41 In-Kraft-Treten
- § 42 Kündigung
- § 43 Salvatorische Klausel

Präambel

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.

Zur Verbesserung der Versorgung der Diabetiker vereinbaren die Vertragspartner, die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren Hausärzte, diabetologisch geschulte Ärzte, diabetologische Schwerpunktpraxen, ermächtigte Krankenhausärzte, KV und Krankenkassen zu intensivieren und deren Zusammenarbeit unter Einbeziehung neuer bzw. weiterentwickelter Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen vertraglich zu regeln (diabetologisches Kooperationsmodell). Dabei ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umzusetzen. Ziel ist auch die Definition von Schnittstellen zu stationären Einrichtungen (Diabetes-Fachkliniken, Reha-Einrichtungen und Krankenhäusern).

Die Basisversorgung obliegt dem Hausarzt, der aufgrund definierter Kriterien seine diabetologischen Patienten an den diabetologisch geschulten Arzt oder an die Schwerpunktpraxis überweist. Die Schwerpunktpraxis übernimmt die Versorgung der überwiesenen Fälle nur zeitweilig. Ihre hauptsächliche Versorgungsaufgabe besteht in der strukturierten Schulung sowie Behandlung in besonderen Krankheitssituationen, z. B. Manifestation, medikamentöse Differenzialtherapie sowie Betreuung von Pumpenpatienten und schwangeren Typ-2 Diabetikerinnen. Darüber hinaus steht sie dem Hausarzt vor allem konsiliarisch zur Seite.

Diabetes mellitus betrifft fast alle Organsysteme und beeinflusst auch fast jede andere Erkrankung. Eine enge und strukturierte Kooperation aller Beteiligten im Sinne einer Vernetzung ist Voraussetzung für eine wirkliche Verbesserung der Situation der Betroffenen und für die Vermeidung stationärer Einweisungen.

Durch die konsequente Umsetzung des Disease-Management-Programmes anhand evidenzbasierter Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz werden folgende Ziele realisiert:

- durch Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von qualifizierten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten Krankenhauseinweisungen auf ein notwendiges Mindestmaß zu reduzieren,
- die Behandlung der Diabetes-Patienten durch eine klare Versorgungsstruktur zu optimieren und notwendige Kontrolluntersuchungen durch Führen eines Diabetes-Passes und Erstellung der Dokumentationsbögen nach Anlagen 4.1 und 4.2 festzuhalten,
- Voraussetzungen für eine kontinuierliche Betreuung als Grundlage für eine anhaltende Verbesserung der Stoffwechsellage zu schaffen, da Diabetes mellitus eine lebenslange Erkrankung ist,
- durch stetige Verbesserung einer qualifizierten flächendeckenden Versorgung und intensiver Betreuung der Diabetiker die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität und Senkung diabetesbedingter Komorbiditäten und Mortalität zu erreichen.

Dabei sind folgende allgemeine Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

- a) Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechselentgleisungen,
- b) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
- c) Vermeidung der mikrovaskulären Folgekomplikationen (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
- d) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen.

Die Therapieziele sollen realisiert werden durch:

- die Erstellung eines differenzierten Therapieplanes zusammen mit den behandelnden Ärzten unter Berücksichtigung des individuellen Risikos und mit Festlegung von individuellen Therapiezielen gemeinsam mit dem Patienten auf der Basis der oben genannten allgemeinen Therapieziele,
- Diabetes-Schulungen.

Diese Maßnahmen sollen die Patienten befähigen, sich mit ihrer Erkrankung im Alltag besser zurecht zu finden, durch die Übernahme von mehr Selbstverantwortung den Erfolg ihrer Behandlung zu beeinflussen und an der Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation und der Vermeidung von Folgeerkrankungen aktiv mitzuwirken.

Die Therapieziele sollen für einen überschaubaren Zeitraum definiert und bei geänderten Prämissen modifiziert werden.

Mit der vorliegenden Vereinbarung wird mittels integrierter Versorgungsstrukturen die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Diabetiker verbessert. Dieser Strukturvertrag nach § 73a SGB V soll u.a. dazu beitragen, eine unkoordinierte Mehrfach-Inanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten der Krankenkassen und die nicht notwendigen Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 01.06.2006 in der Fassung vom 01.04.2007. Er wurde gemäß § 28 Abs. 3 und 4 RSAV an das VÄndG (in Kraft getreten am 01.01.2007), an die 17. RSA-ÄndV (in Kraft getreten am 01.04.2008), sowie an die 20. RSA-ÄndV (in Kraft getreten am 01.07.2009) angepasst.

Abschnitt 1

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für die in dieses strukturierte Behandlungsprogramm „Diabetes mellitus Typ-2“ nach § 137 f und g SGB V eingeschriebenen Versicherten von Krankenkassen, die Mitgliedskassen der Vertragspartner sind oder die aufgrund dieses Paragraphen am Vertrag teilnehmen bzw. beigetreten sind.
- (2) Gemäß § 83 SGB V in Verbindung mit den Regelungen im Bundesmantelvertrag gilt der Vertrag für eingeschriebene Versicherte der Betriebskrankenkassen mit und ohne Kassensitz in Rheinland-Pfalz. Der Vertrag gilt auch für eingeschriebene Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland, sofern die LKK dem Vertrag beitrifft.
- (3) Der Vertrag gilt auch für die Behandlung von eingeschriebenen Versicherten der Innungskrankenkassen und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Rheinland-Pfalz, sofern diese diesem Vertrag beitreten und gegenüber der KV Rheinland-Pfalz erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 38 i.V.m. Anlage 9 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen.
- (4) Der Vertrag gilt auch für die Behandlung von eingeschriebenen Versicherten anderer Kostenträger, sofern sie diesem Vertrag beitreten und gegenüber der KV Rheinland-Pfalz erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 38 i.V.m. Anlage 9 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen.
- (5) Der Vertrag gilt gemäß § 95 SGB V für Ärzte, medizinische Versorgungszentren im Bereich der KV RLP sowie die in medizinischen Versorgungszentren oder bei Ärzten angestellten Ärzte, sofern die Voraussetzungen nach Maßgabe des Abschnittes I erfüllt sind.
- (6) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder auf Grund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 1 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 41 Abs. 2 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 1 sowie der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV.

§ 2

Abgestufte diabetologische Versorgung

- (1) Die flächendeckende Behandlung von Diabetes-Patienten soll in Kooperation mit der leistungspflichtigen Krankenkasse in Stufen auf fünf Ebenen erfolgen.
- (2) Die Behandlung erfolgt auf der Basis eines individuellen, von Arzt und Patient gemeinsam erarbeiteten Therapieplanes. Bei der Erstellung des Therapieplanes ist das individuelle Risiko zu berücksichtigen. Es sind individuelle Therapieziele festzulegen und der Patient ist ausführlich über Nutzen und Risiko der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aufzuklären. Der Arzt prüft, ob der Patient im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ-2 ist durch die Ärztin oder den Arzt zu prüfen, inwieweit die Patientinnen oder Patienten von psychotherapeutischen, psychiatrischen und/oder verhaltensmedizinischen Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert soll die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität soll die Depression besondere Berücksichtigung finden.

- Ebene A: Der Hausarzt übernimmt die Basisversorgung der Diabetiker und koordiniert die Behandlung.
- Ebene B: Der diabetologisch qualifizierte Arzt führt Schulungen von Typ-2 Diabetikern ohne und mit Insulinbehandlung durch und ist ebenfalls koordinierend und mitbehandelnd tätig.
- Ebene C: Die diabetologische Schwerpunktpraxis oder der entsprechend qualifizierte ermächtigte Krankenhausarzt führen insbesondere Schulungen und Einstellungen von Typ-2 Diabetikern mit supplementärer Insulintherapie, intensiver Insulintherapie und Pumpenträgern durch.
- Ebene D: Die fachlich qualifizierte Reha-Einrichtung führt Schulungen und Einstellungen von Typ-2 Diabetikern durch, sofern ambulante Schulungen nicht durchführbar sind.
- Ebene E: Krankenhäuser mit entsprechender Qualifikation werden nur dann zur Behandlung von Diabetikern herangezogen, wenn eine stationäre Einweisung aufgrund der Indikation unbedingt erforderlich ist. Eine stationäre Einweisung ausschließlich zur Schulung ist nicht zulässig.

In Ausnahmefällen kann auch ein/e an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende/r diabetologisch qualifizierte/r Arzt/Ärztin oder eine diabetologisch qualifizierte Einrichtung (Ebenen B und C des Vertrages) an der ambulanten ärztlichen Versorgung zur Langzeit-

betreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen teilnehmen, wenn der Patient oder die Patientin bereits vor Einschreibung dauerhaft von dieser Ärztin, diesem Arzt oder der Einrichtung betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist“.

- (3) Der Diabetes-Patient soll je nach Indikation auf der für ihn entsprechenden Ebene behandelt werden. Die diabetologische Schwerpunktpraxis (Ebene C) wird grundsätzlich auf Überweisung des Arztes (Ebene A) oder des diabetologisch qualifizierten Arztes (Ebene B) tätig. Dies gilt nicht für eigene Patienten.
- (4) Die diabetesbedingte Einweisung eines Patienten in eine fachlich qualifizierte Reha-Einrichtung (Ebene D) oder in eine stationäre Einrichtung (Ebene E) bedarf der Absprache zwischen der diabetologischen Schwerpunktpraxis und dem Arzt der Ebene A oder B (second opinion). Dies gilt nicht für Notfälle sowie für Fälle, in denen eine schwere bedrohliche Stoffwechselentgleisung vorliegt, die eine sofortige stationäre Behandlung erfordert. In allen anderen Einweisungsfällen ist eine zwingende zeitnahe Abklärung und evtl. Aufnahme des Patienten nach Einholung einer zweiten Meinung zur Bestätigung der Einweisungsindikation zu gewährleisten.

§ 3

Information und Schulung

- (1) Die Krankenkasse informiert insbesondere an Hand der Anlage 14 „Patienteninformation“ Versicherte und gemeinsam mit der KV Rheinland-Pfalz die Leistungserbringer umfassend über die Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme (u.a. vertraglich vereinbarte Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen).
- (2) Information und Schulung der Leistungserbringer
 - Die teilnehmenden Krankenkassen und/bzw. die KV Rheinland-Pfalz informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer umfassend über Ziele, Inhalte und evidenzbasierte Grundlagen des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ-2.
 - Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf Ihrer Teilnahmeerklärung.
 - Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme rele-

vante regelmäßige Fortbildung (z.B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

- Bei Aktualisierungen der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte, die Versorgung der eingeschriebenen Versicherten entsprechend anzupassen. Die Information der teilnehmenden Ärzte erfolgt durch die KV Rheinland-Pfalz.
- Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

(3) Schulungen der Versicherten

Jede Patientin und jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ-2 soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Patientenschulungen dienen der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Die Schulung der Diabetiker erfolgt in den Ebenen B, C und D nach folgenden Schulungsprogrammen

1. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Anlagen 5 und 6)
2. Medias 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ-2)
3. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (Anlagen 5 und 6)
4. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (Anlagen 5 und 6)
5. Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie (ICT) (Anlagen 5 und 6)
6. Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (Anlagen 5 und 6)
7. Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (Anlage 5)

8. Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Anlage 5)

- (4) Der diabetologisch qualifizierte Arzt/die diabetologische Schwerpunktpraxis unterrichtet im Einvernehmen mit dem Patienten den zuständigen Disease-Manager der Krankenkasse unmittelbar bei Beginn der Schulung über die Durchführung der Maßnahme. Hierfür ist die Telefaxmitteilung gemäß Anlage 15 zu verwenden. Alternativ hierzu ist eine Übermittlung als Word-Datei mit den entsprechenden Daten per E-Mail möglich. Dabei soll der Vertragsarzt nach Möglichkeit den Disease-Manager der Krankenkasse auch über den voraussichtlichen Bedarf an Diabetes-Hilfsmitteln informieren.
- (5) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden ausschließlich die in Anlage 5 und Anlage 6 genannten Schulungsprogramme genutzt. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der RSAV, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (6) Zur Schulung berechtigt sind die Ärzte gemäß § 1 Abs. 5 und § 3, die die zusätzlichen Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen gemäß §§ 16 und 19 erfüllen und eine Genehmigung der KV Rheinland-Pfalz erhalten haben.
- (7) Die Ärzte nach Abs. 6 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils dafür vorgesehenen Strukturvoraussetzungen und zusätzlich die Qualitätsanforderungen der zugelassenen Programme zu erfüllen.

§ 4

Zur Leistungserbringung berechtigte Ärzte

- (1) An dieser Vereinbarung können alle Ärzte gemäß § 1 Abs. (5) teilnehmen, wenn sie die jeweils entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Teilnahme der vom Zulassungsausschuss ermächtigten Krankenhausärzte kann sich nur auf die Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen der Versorgungsebene C auf Überweisung niedergelassener Vertragsärzte erstrecken.
- (2) Versorgungsebene B
Zur Leistungserbringung gemäß Anlage 2 sind Ärzte berechtigt, wenn sie die Voraussetzungen gemäß § 16 erfüllen.
- (3) Versorgungsebene C
Zur Leistungserbringung gemäß Anlage 3 sind Ärzte und ermächtigte Krankenhausärzte berechtigt, wenn sie die Voraussetzungen gemäß § 19 erfüllen.
- (4) Die KV Rheinland-Pfalz übermittelt der Krankenkasse monatlich aktualisiert in Papierform bzw. als Excel-Datei eine Liste der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte.

Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen (Anlage 20).

Ferner überwacht die KV Rheinland-Pfalz die regelmäßige Teilnahme an den Qualitätszirkeln. In begründeten Einzelfällen kann die Kasse die Nachweise über die Voraussetzungen anfordern.

- (5) Das Verzeichnis nach Absatz 4 stellen die Kassenverbände der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Die Verzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt mit dem Antrag auf Zulassung eines Disease-Management-Programms vorgelegt. Nach Akkreditierung erhält das Bundesversicherungsamt und der jeweilige Prüfdienst auf Verlangen aktualisierte Verzeichnisse von den Kassenverbänden.
- (6) Das Verzeichnis nach Absatz 4 wird außerdem
 1. den an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten bzw. Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen und
 2. der gemeinsamen Einrichtung nach § 34 und der Datenstelle nach § 32 zur Verfügung gestellt.
- (7) Die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten werden auf die Verfügbarkeit des Verzeichnisses z.B. auf der Internetseite oder als Auslage in den Geschäftsstellen hingewiesen. Der Hinweis kann durch eine Veröffentlichung in der Mitgliederzeitschrift oder durch Anschreiben erfolgen.

§ 5

Teilnahmevoraussetzungen der Leistungserbringer an der Vereinbarung

- (1) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Zur Teilnahme ist ein schriftlicher Antrag (Anlage 19 Teil 1) gegenüber der KV Rheinland-Pfalz erforderlich. Dem Antrag sind die Nachweise über die Erfüllung der in diesem Vertrag jeweils genannten Voraussetzungen (§§ 16, 19, 29) beizufügen. Die Anträge auf Teilnahme werden – bezogen auf die jeweilige Versorgungsstufe – von der KV Rheinland-Pfalz fachlich geprüft. Die KV Rheinland-Pfalz erteilt den gemäß § 1 Abs. 5 teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die jeweils entsprechenden Strukturqualitätsvoraussetzungen erfüllen. Die Abrechnungsgenehmigung gilt ab dem Zeitpunkt, ab dem der vollständige Nachweis der geforderten Voraussetzungen geführt ist. Ärzte, die bereits ihre Qualifikation im Rahmen des DMP-Vertrages vom 13.03.2003 nachgewiesen haben, bedürfen keiner erneuten Überprüfung.
- (2) Bestehen trotz der vorgelegten Unterlagen berechtigte Zweifel am Vorliegen der fachlichen Qualifikation, kann die Erteilung einer Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht werden. Das Kolloquium führt die Diabetes-Kommission der KV Rheinland-Pfalz durch.

(3) Mit dem Antrag auf Teilnahme verpflichtet sich der Arzt, die Regelungen dieser Vereinbarung anzuerkennen, insbesondere:

- an einem diabetologischen Qualitätszirkel teilzunehmen (vgl. §§ 16, 19, 29),
- sich regelmäßig diabetologisch fortzubilden (vgl. §§ 16, 19, 29),
- die für die jeweiligen Versorgungsaufträge vorgesehenen Leistungsinhalte zu erbringen und entsprechend den dort genannten Regelungen Überweisungen der Patienten auf die anderen Versorgungsebenen vorzunehmen,
- diabetes-bedingte Einweisungen in stationäre Einrichtungen der Versorgungsebene D nur nach vorheriger Absprache mit dem auf der jeweils anderen Versorgungsebene beteiligten Arzt vorzunehmen (second opinion),
- die Einverständniserklärung des Versicherten zur Teilnahme an diesem Programm (Anlage 14) einzuholen,
- den Diabetespass quartalsweise zu führen,
- in Zusammenarbeit mit den Versicherten einen differenzierten Therapieplan unter Berücksichtigung des individuellen Risikos zu erstellen,
- in Zusammenarbeit mit den Versicherten individuelle Therapieziele festzulegen (z.B. Rauchentwöhnung, Erreichung definierter medizinischer Parameter, Gewichtsnormalisierung, Blutdrucknormalisierung),
- zu prüfen, ob der Patient von bestimmten Interventionen im Hinblick auf die Erreichbarkeit der allgemeinen und individuell vereinbarten Therapieziele profitieren und an der Umsetzung mitwirken kann,
- die Patienten ausführlich über Nutzen und Risiken der durchzuführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu informieren,
- die Patienten darüber zu informieren, sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffe als die im Vertrag genannten verordnet werden, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.
- die erforderlichen Daten zur Qualitätssicherung (Einschreibeunterlagen und Dokumentationen nach Anlage 4) und Evaluation nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V zeitnah, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen an die Datenannahmestelle nach § 32 zu übermitteln.
- die Abrechnungsregelungen nach § 39 und Anlage 9 zu dieser Vereinbarung einzuhalten,

- die Anforderungen bezüglich des nichtärztlichen Personals zu erfüllen,
 - die Behandlung der in das strukturierte Programm eingeschriebenen Versicherten entsprechend den Vorgaben der §§ 28b bis 28g und Anlage 1 RSAV (Anlage 21 des Vertrages) durchzuführen.
- (4) Mit seiner Teilnahmeerklärung (Anlage 19) bevollmächtigt der Arzt die KV Rheinland-Pfalz zur Beauftragung der Datenstelle
1. die Daten anzunehmen und die von ihm erstellten Datensätze zur Dokumentation sowie die Teilnahme- und Einwilligungserklärung auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
 2. die Daten an die Krankenkassen oder an die von den Krankenkassen beauftragte Stelle weiterzuleiten.
- (5) Der Arzt vergibt für jeden eingeschriebenen Versicherten eine eigene DMP-Fallnummer, bestehend aus maximal sieben Zeichen (Zahlen und/oder Buchstaben).
- (6) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen und nachzuweisen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 19 Teil 1 bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (7) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend. In diesem Fall füllt der anstellende Arzt neben der Erklärung nach Anlage 19 Teil 1 auch die „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“ (Anlage 19 Teil 2) aus und übermittelt diese an die KV RLP. Die Nachweise über die Erfüllung der in diesem Vertrag jeweils genannten Strukturvoraussetzungen sind den Erklärungen beizufügen.
- (8) Sofern allein der angestellte Arzt die jeweiligen Strukturvoraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung, zu der auch die Dokumentation und die Koordinierungsfunktion gehört, berechtigt. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt gelten für ihn die jeweiligen Anlagen 1 bis 3 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des Arztes sowie Änderungen die sich auf die Teilnahmevoraussetzungen auswirken, werden der KV RLP vom anstellenden Arzt unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

§ 6

Unterstützende Maßnahmen (z.B. Reminder)

- (1) Aufgabe des Arztes ist es, die Einhaltung der erforderlichen Untersuchungen des Versicherten sicherzustellen und im Diabetespass zu dokumentieren. Begleitend hierzu informiert die Krankenkasse – oder die von der Krankenkasse beauftragte interne oder externe Stelle – über adäquate Lebensführung, Ernährung und Umgang mit der Krankheit Diabetes. Weiterhin erinnert die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle den Diabetiker daran, regelmäßig die vorgesehenen Untersuchungen durchführen zu lassen.
- (2) Der Arzt kann im Rahmen der Betreuung von Typ-2-Diabetikern bei Bedarf auf die bei der Kasse vorhandenen Versorgungs- und Beratungsangebote zurückgreifen.
- (3) Anhand der den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Dokumentationen organisiert die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte interne oder externe Stelle das Recall-Verfahren.
- (4) Ein strukturiertes Feedback (z.B. Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln) auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer eröffnet die Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle.

Zur Definition und Beschreibung der in den Remindersystemen vorgesehenen Maßnahmen wird auf das Behandlungsprogramm der jeweiligen Krankenkassen verwiesen.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme der Versicherten

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
 - die Diagnose des Diabetes mellitus Typ-2 gemäß Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 21 gesichert ist oder gemäß Ziffer 3.2 der Anlage 21 bereits eine Therapie mit diabetesspezifischen, blutglukosesenkenden Medikamenten vorliegt,
 - der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 21 genannten Therapieziele profitiert und
 - der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in ge-

eigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 14 „Patienteninformation“ umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.

- (4) Ärzte, die gemäß § 4 und § 5 teilnehmen, informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV die teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bei einem koordinierenden Arzt (§ 2) einschreiben.
- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am Behandlungsprogramm erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 14) von der Krankenkasse über teilnehmende/koordinierende Ärzte informiert, damit die weiteren Einschreibeunterlagen erstellt und übermittelt werden können.
- (6) Voraussetzungen für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm für Diabetes mellitus Typ-2 sind:
 1. eine schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose „Diabetes mellitus Typ-2“ durch den einschreibenden Arzt,
 2. das Vorliegen der durch den einschreibenden Arzt dokumentierten Einschreibekriterien sowie der fristgerecht, vollständig und plausibel erstellten Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV,
 3. das Vorliegen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten.
- (7) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie im Einzelnen
 1. die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
 2. die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
 3. auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
 4. über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
 5. über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeit einer Übermittlung von Befunddaten an die Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms.
- (8) Mit der Einwilligungserklärung willigt der Versicherte insbesondere darin ein, dass

1. Befunddaten aus den Dokumentationen an die Krankenkasse übermittelt werden,
 2. die übermittelten Daten durch die Krankenkassen, die Sachverständigen und die beteiligten Leistungserbringer erhoben, verarbeitet und genutzt werden,
- (9) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung ist nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach §§ 4 und 5 am Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 6 an die Datenstelle entsprechend § 32 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ-2 nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (10) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 6 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (11) Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 14 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.
- (12) Die Teilnahme der Versicherten am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument vollständig und plausibel erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung.
- (13) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen.

Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch

- mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum) nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 RSAV bei Vorliegen der Beendigungstatbestände des § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV. Ein Beendigungstatbestand i.S. des § 28 d Abs. 2 Nr. 2 ist gegeben, wenn der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt, er innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der RSAV veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 a) RSAV genannten Frist übermittelt worden sind,
- bei Beendigung der Zulassung des jeweiligen Programms,

- mit dem Widerruf der Einwilligungserklärung des Versicherten,
- mit dem Wegfall der Einschreibekriterien,
- bei einem Kassenwechsel des Versicherten oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs,
- bei Tod des Versicherten.

(14) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

(15) Gemäß Punkt 3.2 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ-2 (Anlage 1 zu §§ 28b bis 28g RSAV) werden Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) in die RSA-relevanten Programme nicht aufgenommen. Eine Einschreibung dieser Patientinnengruppe in diese strukturierten Behandlungsprogramme ist nur dann möglich, wenn der Diabetes nach Ende der Schwangerschaft persistiert. Eine Aufnahme von Patientinnen mit bereits vor der Schwangerschaft bestehendem Diabetes mellitus Typ-2 ist jedoch möglich.

§ 8

Beginn, Ruhen und Ende der Teilnahme des Arztes

(1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Prüfung und Erfüllung der Strukturvoraussetzungen, mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Anlagen 1, 2 oder 3. Die Teilnahme wird durch die KV schriftlich bestätigt.

(2) Die Teilnahme des Arztes endet

1. mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
2. mit der schriftlichen Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KV Rheinland-Pfalz. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende,
3. mit der Entscheidung des Zulassungsausschusses über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder aufgrund eines Ausschlusses nach § 40 Abs. 4 dieses Vertrages,
4. bei Beendigung der Zulassung der Programme,
5. mit Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des teilnehmenden Arztes.

(3) Während des Ruhens der vertragsärztlichen Tätigkeit ruht auch die Teilnahme am DMP.

(4) 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 Arzt oder ein anderer Arzt in der teilneh-

menden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes 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 Teilnahmeberechtigung 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 der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes, die über eine Erklärung nach Teil 2 der Anlage 19 („Ergänzungserklärung angestellter Arzt“) dieses Vertrages zu beantragen und nachzuweisen ist.

- (5) Endet oder ruht die Teilnahme des Arztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das aktualisierte Vertragsärzteverzeichnis nach § 4 Abs. 4 zukommen lassen, um ihnen den Wechsel des koordinierenden Arztes zu erleichtern.

§ 8a

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt eine Folgedokumentation und übermittelt diese an die Datenstelle nach § 32. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt an den vom Versicherten neu gewählten koordinierenden Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ-2

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 21 definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 1 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

§ 10

Qualitätssicherung

- (1) Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 18 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die
- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f, Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
 - Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
 - Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.8 der Anlage 21,
 - Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
 - Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 RSAV,
 - aktive Teilnahme der Versicherten.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend Anlage 1 Ziffer 2 der RSAV können insbesondere gehören:
- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z.B. Reminder-systeme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte nach § 4 und 5 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 18 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise regelmäßig veröffentlicht, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung.

§ 11

Koordinierender Vertragsausschuss

- (1) Der koordinierende Vertragsausschuss setzt sich paritätisch aus Mitgliedern der KV und der beteiligten Krankenkassen zusammen. Über die Anzahl der Mitglieder verständigen sich die Vertragspartner.
- (2) Der Vorsitz wechselt jährlich.
- (3) Der koordinierende Vertragsausschuss kann von jedem Vertragspartner einberufen werden. Die Ladungsfrist beträgt 14 Tage.
- (4) Die Aufgaben des koordinierenden Vertragsausschusses sind u.a.
 - Klärung von Meinungsverschiedenheiten bei der Umsetzung des Vertrages.
 - Beratung von Maßnahmen gemäß § 40 im Falle fortgesetzten Verstoßes der Ärzte gegen die Therapie und Verordnungsvorgaben und andere Inhalte des Vertrages.
- (5) Die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 34 dieses Vertrages kann den koordinierenden Vertragsausschuss beauftragen, folgende Aufgaben wahrzunehmen:
 - Analyse und Überprüfung der Einhaltung der Therapie- und Verordnungsempfehlungen. Hierzu werden von Seiten der Krankenkassen der KV Rheinland-Pfalz (sofern erforderlich) die auf den Einzelfall bezogenen Verordnungsdaten des betreffenden DMP-Arzttes – soweit technisch möglich – maschinenlesbar zur Verfügung gestellt.
 - Führung von Beratungsgesprächen mit denjenigen Ärzten, die die vertraglichen Vorgaben nicht erfüllen.

Abschnitt 2

Kooperation der Versorgungssektoren

§ 12

Ziele der Kooperation

Die Verbesserung der Versorgung der Diabetiker wird durch eine enge Kooperation der Versorgungsebenen erreicht.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.2 der Anlage 1 der RSAV genannten Indikationen erfolgt eine Überweisung an andere vertraglich eingebundene Leistungserbringer.

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung.

Ebene A, Hausarzt

§ 13

Versorgungsauftrag

Der Hausarzt übernimmt die Basisversorgung der Diabetiker und koordiniert als medizinischer Case-Manager die Lösung diabetologischer Gesundheitsprobleme. Dabei erfolgt eine Kooperation mit dem Disease-Manager der Krankenkasse. Die Therapieautonomie der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der RSAV bleibt hiervon unberührt. Das Arzt-Patient-Verhältnis darf nicht durch Eingriffe der Krankenkasse in die individuelle medizinische Behandlung beeinträchtigt werden. Bei Stoffwechselentgleisung eines bekannten Diabetes leitet er die weitere Diagnostik und Therapie ein. Der Versorgungsauftrag des Hausarztes ist in Anlage 1 definiert.

§ 14

Dokumentation

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in den Anlagen 2 i. V. m. Anlage 8 RSAV (siehe Anlage 4 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. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen nach Anlage 4 sollten zu Beginn grundsätzlich am Tag der gesicherten Befunderhebung bzw. später nach Maßgabe des Dokumentationszeitraumes grundsätzlich am Behandlungstag erstellt werden. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von 5 Arbeitstagen nach Erstellung elektronisch (Datenträger/online) übermittelt werden; hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle übermittelt.
- (3) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach der Anlage 4 dieses Vertrages entsprechend der Ausprägung des jeweiligen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.
- (4) Bis zum Einsatz der elektronischen Signatur sind die elektronisch übermittelten Daten der Erstdokumentation zusätzlich durch eine Unterschrift des Arztes zu bestätigen. Zu diesem Zweck erhält der Arzt von der Datenstelle ein gesondertes Bestätigungsschreiben / Versandliste mit den von ihm bisher im Dokumentationsquartal eingereichten vollständigen und plausiblen Erstdokumentationen. Das Bestätigungsschreiben übermittelt der Arzt schnellstmöglich unterschrieben an die Datenstelle zurück; Näheres regelt der Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten.

Abschnitt 3

Ebene B, diabetologisch qualifizierter Arzt

§ 15

Versorgungsauftrag

Der diabetologisch qualifizierte Arzt übernimmt die Einstellung und Schulung der Typ-2 Diabetiker ohne bzw. mit Insulintherapie und bei Vorliegen einer arteriellen Hypertonie die strukturierte Hypertonieschulung. Dabei erfolgt eine Kooperation mit dem Disease-Manager der Krankenkasse. Die Therapieautonomie der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der RSAV bleibt hiervon unberührt. Das Arzt-Patient-Verhältnis darf nicht durch Eingriffe der Krankenkasse in die individuelle medizinische Behandlung beeinträchtigt werden. Der Versorgungsauftrag des diabetologisch qualifizierten Arztes ist in Anlage 2 definiert.

§ 16

Qualifikation

(1) Ärztliche Voraussetzungen:

- Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Schulungen gemäß Anlagen 5 und 6 (für die jeweilige/n Schulung/en, die in der Praxis durchgeführt werden) gegenüber der KV Rheinland-Pfalz,
- Teilnahme an dem 80-Stunden Kurs der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) oder einem gleichwertigen Schulungsprogramm,
- Schulung von mindestens 25 Diabetikern (GKV-übergreifend) innerhalb eines Kalenderjahres.

(2) Ärztliche Fortbildungsmaßnahmen

- Teilnahme an einem diabetologischen Qualitätszirkel, mindestens einmal pro Jahr,

(3) Voraussetzungen nichtärztliches Personal:

- Teilnahme an den ZI-Seminaren zur Schulung von Typ-2 Diabetikern ohne Insulintherapie und von Typ-2 Diabetikern mit Insulintherapie
- und
- erfolgreiche Weiterbildung zum/zur Diabetesassistent(in) DDG oder zum/zur Diabetesberater(in) mit staatlicher Anerkennung DDG

- der/die Diabetesassistent(in) muss mindestens halbtägig in der Praxis angestellt und regelmäßig in der Praxis präsent sein.

(4) Fortbildungsmaßnahmen nichtärztliches Personal:

- Besuch von wenigstens einer Fortbildungsveranstaltung innerhalb eines Kalenderjahres. Anerkannt werden nur Fortbildungsveranstaltungen der DDG, Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e.V. (ADE), Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte Rheinland-Pfalz und Saarland (ANDA) oder vergleichbare Fortbildungen,

(5) Räumliche und organisatorische Voraussetzungen:

- geeignete Räumlichkeiten zur Durchführung von Einzel- und Gruppenschulungen, ggf. in einer Schulungsgemeinschaft, die nicht an einem Krankenhaus angesiedelt sind. Der Raum muss über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügen.
- Verbrauchsmaterialien wie Blutzucker-Tagebücher oder Beratungsunterlagen sowie eine Stimmgabel nach Rydel-Seiffer und/oder andere geeignete Untersuchungsinstrumente
- strukturiertes Schulungsprogramm gemäß Anlagen 5 und 6

§ 17

Dokumentation/Qualitätssicherung

- (1) Die Dokumentationen sowie die Einschreibeunterlagen werden in der Regel vom Hausarzt erstellt und zeitnah, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen an die Datenstelle nach § 32 übermittelt. Sollte ein Versicherter länger als ein Quartal von einem Arzt der Ebene B betreut werden, übernimmt dieser die quartalsweise zu erstellende Dokumentation nach Anlage 4 und übermittelt diese zeitnah, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen, vollständig und plausibel an die Datenstelle nach § 32.
- (2) Das diabetologisch geschulte Personal, das Vorhandensein der strukturellen und prozessualen Voraussetzungen sowie die Zahl der geschulten Diabetiker sind für jedes Kalenderjahr bis spätestens 31. Januar des Folgejahres gegenüber der KV Rheinland-Pfalz auf der Jahresstatistik gemäß Anlage 7.1 und 7.2 anzugeben.

Abschnitt 4

Ebene C, diabetologische Schwerpunktpraxis

§ 18

Versorgungsauftrag

Die diabetologische Schwerpunktpraxis übernimmt in der Regel auf Überweisung oder durch direkten Zugang, z.B. auf Empfehlung der Krankenkasse im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, hauptsächlich die strukturierte Schulung und Behandlung in besonderen Krankheits-situationen, z. B. Manifestation, medikamentöse Differenzialtherapie sowie die Betreuung von Schwangeren. Im Bedarfsfall fungiert sie als Ansprechpartnerin für den Disease-Manager der Krankenkasse. Die Therapieautonomie der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der RSAV bleibt hiervon unberührt. Das Arzt-Patient-Verhältnis darf nicht durch Eingriffe der Krankenkasse in die individuelle medizinische Behandlung beeinträchtigt werden. Der Versorgungsauftrag der diabetologischen Schwerpunktpraxis ist in Anlage 3 definiert.

§ 19

Qualifikation

(1) Ärztliche Voraussetzungen

- Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung/Zusatzbezeichnung Diabetologie entsprechend der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder Ausbildung zum Diabetologen DDG,
- Nachweis der Befähigung zur Durchführung der Schulungen gemäß Anlagen 5 und 6 (für die jeweilige/n Schulung/en, die in der Praxis durchgeführt werden) gegenüber der KV Rheinland-Pfalz,
- Schulung von mindestens 50 Diabetikern (GKV-übergreifend) innerhalb eines Kalenderjahres.

(2) Ärztliche Fortbildungsmaßnahmen

- Teilnahme an einem diabetologischen Qualitätszirkel, mindestens einmal pro Jahr,
- zwei Tage diabetologische Fortbildung im Kalenderjahr,

- eine eintägige (gegenseitige) Hospitation pro Jahr in einer anerkannten Schwerpunktpraxis, einer Fußambulanz oder bei einem an der Vereinbarung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausarzt.

(3) Voraussetzungen nichtärztliches Personal:

- Beschäftigung eines(r) Diabetesberaters(in) mit DDG-Anerkennung vollzeitig oder einer entsprechenden Anzahl DiabetesberaterInnen teilzeitig.

(4) Fortbildungsmaßnahmen nichtärztliches Personal:

- zwei Tage diabetologische Fortbildung im Kalenderjahr.
Anerkannt werden nur Fortbildungsveranstaltungen der DDG, Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie Rheinland-Pfalz e.V. (ADE), Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte Rheinland-Pfalz und Saarland (ANDA) oder vergleichbare Fortbildung und
- eine eintägige (gegenseitige) Hospitation in einer anerkannten Schwerpunktpraxis, einer Fußambulanz oder bei einem an der Vereinbarung teilnehmenden Krankenhausarzt in seiner Krankenhausambulanz.

(5) Räumliche und organisatorische Voraussetzungen:

- Geeignete Räumlichkeiten zur Durchführung von Einzel- und Gruppenschulungen mit Sitzplätzen für mindestens 8 Patienten und 3 Angehörige, ggf. in einer Schulungsgemeinschaft, die nicht an einem Krankenhaus angesiedelt sind. Der Raum muss über Unterrichtsmedien und Projektionsmöglichkeiten verfügen.
- Es muss jederzeit vor Ort eine nasschemische Blutglukosebestimmung bei der/dem Arzt, der Einrichtung möglich sein (gemäß Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen).
- Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachdisziplinen und -berufen insbesondere gemäß Überweisungs- bzw. Einweisungskriterien der Rechtsverordnung.
- Verbrauchsmaterialien wie Blutzucker-Tagebücher oder Beratungsunterlagen sowie eine Stimmgabel nach Rydel-Seiffer und/oder andere geeignete Untersuchungsmaterialien,
- strukturiertes Schulungsprogramm gemäß Anlagen 5 und 6.

(6) In der diabetologischen Schwerpunktpraxis liegt der Arbeitsschwerpunkt in der Schulung, Therapieumstellung und Betreuung von Diabetikern. Deshalb sollen pro Quartal regelmäßig mehr als 30 % der Patienten, mindestens aber 230 Diabetiker sein.

§ 20

Abrechnungsgenehmigung

Stellt ein Arzt erstmalig den Antrag auf Anerkennung als diabetologische Schwerpunktpraxis, so kann eine auf zwei Jahre befristete vorläufige Genehmigung ausgesprochen werden, wenn lediglich die Zahl der betreuten Diabetiker (§ 19 Abs. 7) nicht den Anforderungen entspricht. Es müssen bei Antragstellung mindestens 15 % der in der Praxis betreuten Patienten Diabetiker sein.

§ 21

Dokumentation/Qualitätssicherung

- (1) Die Dokumentationen sowie die Einschreibeunterlagen werden in der Regel vom Hausarzt erstellt und zeitnah, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen, an die Datenstelle nach § 32 übermittelt. Sollte ein Versicherter von einem Arzt der Ebene C betreut werden, übernimmt dieser die regelmäßig zu erstellende Dokumentation nach Anlage 4 und übermittelt diese zeitnah, spätestens innerhalb von 5 Arbeitstagen, vollständig und plausibel an die Datenstelle nach § 32.
- (2) Das diabetologisch geschulte Personal, das Vorhandensein der strukturellen und prozessualen Voraussetzungen sowie die Zahl der geschulten Diabetiker sind für jedes Kalenderjahr bis spätestens 31. Januar des Folgejahres gegenüber der KV Rheinland-Pfalz auf der Jahresstatistik gemäß Anlage 7.1 und 7.2 anzugeben.

Abschnitt 5

Ebenen D und E

§ 22

Einweisung in eine stationäre Einrichtung

- (1) Die Einweisung eines Patienten mit Diabetes mellitus in eine stationäre Einrichtung (Versorgungsebene E) ist nur eingeschränkt möglich. Voraussetzung ist eine zwischen den jeweils auf der Versorgungsebene A oder B mit C beteiligten Ärzten abgestimmte Entscheidung in anonymisierter Form (second opinion) - abgesehen von Notfällen und schweren bedrohlichen Stoffwechselentgleisungen, die eine sofortige stationäre Behandlung erfordern (s. § 2 Abs. (4)).
- (2) Eine Maßnahme in einer stationären Reha-Einrichtung (Versorgungsebene D) zur Schulung oder zur Neueinstellung von Patienten soll grundsätzlich nicht, in Einzelfällen jedoch nur nach Abstimmung mit der Versorgungsebene C von der Krankenkasse ge-

nehmigt werden. Der Disease-Manager der Krankenkasse kann zur Entscheidungsfindung Rücksprache mit dem Arzt der Ebene B oder C halten.

- (3) Im Rahmen der strukturierten Programme ist zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in der Präambel genannten Therapieziele von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.
- (4) Bei Entlassung aus der diabetes-bedingten stationären Behandlung erfolgt die Weiterbehandlung nach Absprache mit dem Hausarzt zunächst in der Versorgungsebene B oder C. Der Arzt der Ebene B oder C trägt dafür Sorge, dass die Weiterbehandlung beim Hausarzt so schnell wie möglich fortgesetzt wird.
- (5) Darüber hinaus notwendige stationäre Einweisungen sind der zuständigen Krankenkasse anzuzeigen. Diese stellt nach den Grundsätzen eines abgestuften Einweisungsmanagements innerhalb von 36 Stunden die geeignete Einrichtung fest.
- (6) Notwendige stationäre Einweisungen sind in enger Kooperation mit der zuständigen Krankenkasse vorzunehmen. Dabei ist ein abgestuftes Einweisungsmanagement vorzunehmen, wonach – soweit möglich – zunächst die qualifizierte Diabetes-Fachklinik und erst, falls dort eine Behandlung ausscheidet, das Akut-Krankenhaus die stationäre Behandlung übernimmt. Soweit eine Einweisung in eine qualifizierte Diabetes-Fachklinik erforderlich ist, ist der Krankenkasse eine Verordnung zuzuleiten. Diese organisiert dann im Rahmen des § 40 SGB V den Aufenthalt in der Fachklinik. Sofern eine Einweisung in ein Akutkrankenhaus erforderlich ist, ist die Krankenkasse sofort zu informieren. Hierzu übermittelt der Arzt eine Kopie der Einweisung an die AU-Sammelstelle der KV Rheinland-Pfalz.
- (7) Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen insbesondere:
 - bei Notfallindikationen (in jedes Krankenhaus),
 - bei bedrohlichen Stoffwechselstörungen,
 - bei schweren speziellen Stoffwechselentgleisungen (z.B. häufige nächtliche Hypoglykämien, Hypoglykämiewahrnehmungsstörungen),
 - bei Verdacht auf infizierten diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder akuter neuroosteopathischer Fußkomplikationen,
 - gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgekrankheiten des Diabetes mellitus Typ-2.

Bei Nicht-Erreichen des in Abhängigkeit vom Therapieziel individuell festgelegten HbA1c-Zielwertes nach spätestens 12 Monaten ambulanter Behandlung soll geprüft werden, ob die Patientin oder der Patient von einer stationären Diagnostik und Therapie in einem diabetologisch qualifizierten Krankenhaus profitieren kann.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt oder die Einrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Abschnitt 6

§ 23

Leistungen auf Überweisung

- (1) Die Tätigkeit des Arztes auf den Versorgungsebenen B und C erfolgt grundsätzlich auf Überweisung und bleibt im Rahmen dieses Vertrages auf die in den Anlagen 2 und 3 definierten Leistungsinhalte beschränkt. Dies gilt nicht für eigene Patienten der betroffenen Ärzte. Dabei sind die Regelungen des § 12 zu beachten.
- (2) Weitere fachärztliche Untersuchungen:
Die einmal im Jahr durchzuführende Augenuntersuchung (Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder Netzhautfotografie/Fundus-Fotografie) kann von jedem betreuenden Arzt veranlasst werden.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Abschnitt 7

Augenarzt

§ 24

Versorgungsauftrag

Zur Früherkennung Diabetes assoziierter Augenkomplikationen (z.B. diabetisch bedingte Retinopathie und Makulopathie) ist für alle in strukturierten Behandlungsprogrammen eingeschriebenen Versicherte mindestens einmal im Jahr eine augenärztliche Netzhautuntersuchung in Mydriasis oder eine Netzhaut-Photografie durchzuführen.

Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen, für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine normnahe Blutglukose- und Blutdruckeinstellung sowie ggf. eine rechtzeitige und adäquate Laser-Behandlung.

§ 25

Dokumentation/Qualitätssicherung

Der Umfang der Kontrolluntersuchungen bemisst sich nach dem Inhalt des augenärztlichen Untersuchungsbogens gemäß Anlage 8. Dem überweisenden Arzt ist eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens zu übersenden. Zusätzlich ist ein Vermerk im Gesundheitspass Diabetes anzubringen. Die Vergütung für das Ausfüllen des Dokumentationsbogens ist in Anlage 9 geregelt.

Abschnitt 8

Versorgung von Schwangeren

§ 26

Versorgungsauftrag

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in die strukturierten Behandlungsprogramme aufgenommen. Einschreibefähig sind jedoch schwangere Diabetikerinnen, deren Diabetes bereits vor der Schwangerschaft manifest war oder wenn der Diabetes nach Ende der Schwangerschaft weiter persistiert. Die Betreuung während der Schwangerschaft erfolgt in Kooperation des behandelnden Arztes mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis.

Abschnitt 9

Fußambulanz

Diabetisches Fußsyndrom

§ 27

Versorgungsauftrag

- (1) Ein Teil der Patienten mit Typ-2 Diabetes ist durch die Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko gefährdet.
- (2) Bei Hinweisen auf das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms oder eines Hochrisikofußes ist die Überweisung an eine auf die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms spezialisierte Einrichtung (Fußambulanz, Podologe) erforderlich (siehe auch 1.7.2.5 Anlage 1 RSAV).
- (3) Im Fall der Notwendigkeit einer stationären Einweisung, Verordnung von häuslicher Krankenpflege und/oder medizinischer Fußpflege übermittelt der behandelnde Arzt der jeweiligen Versorgungsebene dem erstbehandelnden/vorbehandelnden Arzt (überweisenden/einweisenden Arzt) den Erhebungsbogen (Anlage 17).

§ 28
Fußambulanz
Versorgungsauftrag

- (1) Die diabetologische Fußambulanz soll Patienten mit diabetischem Fußsyndrom nach Wagner und/oder Armstrong qualifiziert behandeln. Diabetologische Fußambulanzen sind im allgemeinen bei diabetologischen Schwerpunktpraxen oder in diabetologischen Krankheitsbildern erfahrenen Chirurgen angesiedelt.
- (2) Diese können unter der Voraussetzung des § 29 auch von
- in eigener Praxis niedergelassenen
 - oder durch den Zulassungsausschuss ermächtigten Ärzten
- betrieben werden.

§ 29
Qualifikation zum Führen einer Fußambulanz durch Diabetologen oder Chirurgen

- (1) Ärztliche Voraussetzungen
- Mitglied der AG Diabetischer Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland in der ADE und Durchführung der Therapie nach den Richtlinien der AG Fuß der DDG,
oder
Mitglied der AG Diabetischer Fuß der DDG und Durchführung der Therapie nach den Richtlinien der AG Fuß der DDG,
 - jährliche Behandlung von mindestens 30 Patienten - für Chirurgen in Kooperation mit diabetologisch qualifizierten Hausärzten oder einer Diabetes-Schwerpunktpraxis - mit diabetischem Fußsyndrom ab Wagner-Stadium 1 und/oder Patienten mit diabetischer Neuroosteoarthropathie.
- (2) Ärztliche Fortbildungsmaßnahmen
- mindestens einmal jährliche, in der Regel aber vierteljährliche Teilnahme an einem diabetologischen Qualitätszirkel,
 - zwei Tage diabetologische Fortbildung im Kalenderjahr,
 - einmal jährlich eine eintägige Hospitation in einer anderen Fußambulanz
- (3) Räumliche und organisatorische Voraussetzungen:

- Geeigneter Fußbehandlungsraum mit entsprechender Ausstattung, die insbesondere eine angiologische und neurologische Basisdiagnostik ermöglicht (z.B. Doppler-Ultraschall, Photodokumentation). Die Einrichtung sollte Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen vorsehen (z.B. steriles Instrumentarium),
- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung,
- Zusammenarbeit mit einer diabetologischen Schwerpunktpraxis, und (gilt nur für Chirurgen)
- Kooperation mit Angiologen, Gefäßchirurgen, Chirurgen, Mikrobiologen, Orthopädie-schuhmachermeistern und/oder Orthopädietechnikermeistern sowie Fußpflegern.

§ 30

Dokumentation/Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, jeden Fall mit Foto und Text zu dokumentieren.

Abschnitt 10

Schulungsgemeinschaft

§ 31

Versorgungsauftrag

- (1) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden schulungsberechtigten Ärzte können sich zur Durchführung ihrer Schulungen zu Schulungsgemeinschaften zusammenschließen. Die KV Rheinland-Pfalz entscheidet über die Anträge auf Anerkennung. Bei der Abrechnung sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung zu beachten.
- (2) Jedes Gemeinschaftsmitglied darf ausschließlich die Diabetes-Patienten schulen, für die er die entsprechende Qualifikation nach diesem Vertrag besitzt.
- (3) Die Durchführung von Schulungen durch Schulungsgemeinschaften dürfen nicht in Räumlichkeiten eines Krankenhauses stattfinden. Bestehende Schulungsgemeinschaften bleiben hiervon unberührt.

Abschnitt 11

Datenannahmestelle/Datenfluss, Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung

§ 32

Datenannahmestelle/Datenfluss

- (1) Die Datenstelle wird von der durch den Arzt bevollmächtigten KV Rheinland-Pfalz beauftragt, insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:
 - die Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle,
 - die Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4,
 - die Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4,
 - die Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 auf Vollständigkeit und Plausibilität, die Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie die Information der Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung über die Ergebnisse,
 - der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 (Erstdokumentation/Folgedokumentation) an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
- (2) Die Datenstelle wird von der Arbeitsgemeinschaft beauftragt,
 - die Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4,
 - zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4,
 - zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV Rheinland-Pfalz,
 - zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 4 mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die gemeinsame Einrichtung.
- (3) Die Datenstelle hat aus datenschutzrechtlichen Gründen sicherzustellen, dass die jeweilige übertragene Datenverarbeitung organisatorisch und technisch von den anderen Aufträgen zur Datenverarbeitung getrennt ausgeübt wird.

- (4) Die Versicherten werden schriftlich über die zu übermittelnden Daten informiert. Sie erhalten einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- (5) Das Nähere regelt der zwischen der Arbeitsgemeinschaft, der Gemeinsamen Einrichtung und der Datenstelle geschlossene Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten.

Abschnitt 12

Arbeitsgemeinschaft/Zusammenarbeit

§ 33

Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Vertragspartner dieser Vereinbarung bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Zu ihren Aufgaben gehört die Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Datensätze und die Weiterleitung an die Gemeinsame Einrichtung sowie an die KV Rheinland-Pfalz unter Beachtung der Vorgaben des § 28 f Abs. 2 RSAV.
- (2) Einzelheiten über die Aufgaben, Besetzung, Sitz sowie Finanzierung der Arbeitsgemeinschaft werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenannahmestelle nach § 32 mit der Durchführung der in Abs. 1 und 3 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 34

Gemeinsame Einrichtung

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft bildet eine Gemeinsame Einrichtung nach § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV oder erweitert die Aufgaben einer bestehenden Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung hat entsprechend § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung entsprechend Anlage 4. durchzuführen.

Diese umfasst insbesondere:

- 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele gemäß Anlage 18 anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV,

2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der RSAV,
 3. die Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen auf der Basis der übermittelten Dokumentationsdaten (gemäß RSAV) beinhaltet auch die Erstellung und den Versand von halbjährlichen Feedbackberichten, die den koordinierenden Arzt über die Entwicklung des medizinischen Zustandes seiner Patienten und den Erfolg im Vergleich mit den anderen am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten informiert,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28 g RSAV,
 5. die Beratung der KV Rheinland-Pfalz im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss der Vertragsärzte,
 6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (3) Im Falle von Auffälligkeiten ärztlicherseits bei der vertraglichen Umsetzung des strukturierten Behandlungsprogramms nach den Vorgaben der RSAV ist eine individuelle Ansprache des betreffenden Arztes durch die Gemeinsame Einrichtung möglich.
- (4) Die Gemeinsame Einrichtung kann das Expertenwissen der an dieser Vereinbarung teilnehmenden Krankenhäuser nutzen, insbesondere im Hinblick auf
- die bereits bestehenden Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich,
 - die Harmonisierung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen mit den nach diesem Vertrag durchzuführenden Maßnahmen,
 - die Weiterentwicklung bestehender und neuer Verfahren zur Qualitätssicherung sowie
 - die Überprüfung bestehender und Entwicklung neuer Qualitätsindikatoren.
- (5) Bei Beauftragung der Datenstelle mit Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung nach Absatz 1 gemäß § 80 SGB X kommt die Gemeinsame Einrichtung ihrer Verantwortung durch vertragliche Sicherung und Ausübung von Kontrollrechten nach. Bei zusätzlichem Bedarf an wissenschaftlichen Auswertungen können weitere externe Dritte beauftragt werden.

§ 35

Datenschutzrechtliche Bestimmungen

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle, die KV Rheinland-Pfalz und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur

Personen, die Aufgaben nach diesem Vertrag bzw. einem akkreditierten Disease-Management-Programm wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

- (2) Gleiches gilt für die an die Krankenkasse übermittelten Daten für Disease-Management-Programme.
- (3) Die an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV werden von den Krankenkassen, unter Berücksichtigung der gemeinsamen Grundsätze insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
 - 1. die schriftliche Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das Disease-Management-Programm; die jeweilige Krankenkasse und die KV Rheinland-Pfalz verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen Information,
 - 2. die Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation, notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Weitergabe von Erkenntnissen zur Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung
 - 3. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationen.

Die Regelungen in Absatz 3 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der in § 28 f Abs. 1 Nr. 3 genannten Aufbewahrungsfrist.

- (4) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehenden Daten und Dokumente werden von den Krankenkassen, der KV Rheinland-Pfalz und der Gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

Abschnitt 13

Evaluation

§ 36

Evaluation

Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die pseudonymisierten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der RSAV, die Daten zur Lebensqualität sowie die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen. Im Übrigen erfolgt die Evaluation nach den Vorgaben des § 28 g RSAV.

§ 37

Offenlegung statistischer Daten

Folgende Daten sind den Vertragspartnern sowie der Diabeteskommissionen der KV Rheinland-Pfalz zur Verfügung zu stellen und können veröffentlicht werden:

- Zahl der behandelten Diabetiker unterteilt nach Dm 1 - 4 (Anlage 7.1 und 7.2),
- Zahl der geschulten Diabetiker unterteilt nach Dm 1 - 4 (Anlage 7.1 und 7.2),
- anonymisierte Daten, die gemäß der Vereinbarung gewonnen werden, z.B. als Excel-Datei,
- anonymisiertes Ergebnis der Evaluation nach Abschnitt 13,
- Zahl der mit der Erstdiagnose „Diabetes mellitus“ stationär behandelten Diabetiker und
- Zahl und Sitz der Schwerpunktpraxen, der diabetologisch qualifizierten Ärzte, der ermächtigten Ärzte und der Fußambulanzen.

Abschnitt 14

Vergütung, Abrechnung

§ 38

Vergütung

- (1) Die Leistungen des EBM sind – wie bereits bisher – Bestandteil der pauschalierten Gesamtvergütung und werden auch weiterhin über KV-Karte abgerechnet.
- (2) Die Vergütung der zusätzlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung nach Anlage 9. Ermächtigte Krankenhausärzte, die eine Berechtigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung haben, erhalten 80 Prozent der in der Anlage 9 vereinbarten Beträge. Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen im Rahmen dieses DMP-Vertrages erfolgt ausschließlich von der Krankenkasse und wird über die KV Rheinland-Pfalz abgerechnet.
- (3) Die Kosten des Gesundheitspasses Diabetes sind durch die Gebührennummer 90058 (Verbrauchsmaterial) abgegolten. Die KV Rheinland-Pfalz bezieht den Diabetes-Pass und stattet die Praxen mit der notwendigen Anzahl aus. Zur Finanzierung behält die KV €0,50 von der Gebührenposition 90058 ein.

§ 39

Abrechnung

- (1) Mit seiner Teilnahme verpflichtet sich der Arzt, die Anforderungen im Sinne dieser Vereinbarung entsprechend zu erfüllen und die vorgegebenen Versorgungsaufträge einzuhalten (siehe auch §§ 13, 15, 18, 24, 27 und Anlage 21).
- (2) Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen gemäß Anlage 9 ist - neben den Einschreibeunterlagen, der schriftlichen Bestätigung der Diagnose u.a. – das Vorliegen der vollständigen Dokumentation (Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 4) bei der Kasse. Soweit die Dokumentation nicht vollständig ist, meldet die Datenstelle dies der KV Rheinland-Pfalz. In diesem Fall wird der behandelnde Arzt aufgefordert, die Dokumentation zu komplettieren (vgl. Vertrag über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten, Teil II, Ziffer 3.2.5). Werden auch nach einmaliger Aufforderung die Daten nicht vollständig ergänzt, entfällt der Anspruch auf Vergütung. Die KV Rheinland-Pfalz berichtigt die Honorarabrechnung des entsprechenden Arztes.
- (3) Die KV Rheinland-Pfalz erstellt je Krankenkasse kalenderjährlich zwei gesonderte Aufstellungen analog der Kassenrechnung für die nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen. Die erste Aufstellung wird arztbezogen nach Arztnummer, Arztname, Art und Anzahl der Leistungen sowie der Abrechnungssumme unterteilt. Die zweite Aufstellung enthält einen Gesamtüberblick über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen und der Abrechnungssumme (Excel-Datei).
- (4) Der Patient bestätigt gegenüber dem Arzt nach Beendigung der Schulung seine Teilnahme durch Unterschrift. Der Arzt bestätigt, dass er die Schulung unter Beachtung der Anzahl der Unterrichtseinheiten durchgeführt hat. Der Nachweis hierüber (Anlage 13) verbleibt in der Patientenakte. Falls der Patient die Schulung vorzeitig abbricht, erfolgt eine Mitteilung an den Disease-Manager der Krankenkasse. Die Vergütung erfolgt dann für die bereits abgehaltenen Schulungseinheiten.
- (5) Die KV Rheinland-Pfalz erstellt je Krankenkasse kalendervierteljährlich einen Gesamtüberblick über Art und Anzahl der erbrachten Leistungen und der Abrechnungssumme (Excel-Datei). Eine Zusammenstellung dieser Dateien erhalten die Vertragspartner dieser Vereinbarung.
- (6) Für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag ist die Übertragung der Diagnosesicherung (Buchstabe „G“) in die entsprechende Honorarabrechnung zwingend vorzunehmen.

Abschnitt 15

In-Kraft-Treten, Vertragsverstöße, Sanktionen, Kündigung

§ 40

Vertragsverstöße und Sanktionen

- (1) Mit Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung nach Anlage 19 verpflichtet sich der Vertragsarzt ausdrücklich, die Bestimmungen des Vertrages einzuhalten.
- (2) Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Bestimmungen zur Dokumentation (Erst- und Folgedokumentation), der schriftlichen Bestätigung der Diagnose sowie der Einschreibeformalien nicht ein, verliert er automatisch seine Abrechnungsberechtigung nach diesem Vertrag (§ 39). Die Abrechnungsberechtigung kann in diesen Fällen von der KV Rheinland-Pfalz auch rückwirkend entzogen werden.
- (3) Auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung und ggf. Beratung im koordinierenden Vertragsausschuss ergeht eine schriftliche Aufforderung der KV Rheinland-Pfalz an den (koordinierenden) Arzt, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Absatz 4 hingewiesen werden.
- (4) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Verstößen gegen die Bestimmungen des Vertrages bzw. gegen die Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme lt. Gesetz und Rechtsverordnung kann der Vertragsarzt von der Teilnahme an der Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KV Rheinland-Pfalz im Einvernehmen mit den beteiligten Vertragspartnern.
- (5) Die Prüfungen nach §§ 106 und 106a SGB V finden auch für an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte Anwendung.
- (6) Die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens sowie disziplinarrechtliche Maßnahmen gegen einzelne Vertragsärzte und Krankenhäuser bleiben unberührt.

§ 41

In-Kraft-Treten

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2008 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag vom 01.06.2006 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 01.04.2007.
- (2) Die Vertragspartner passen die vorliegende Vereinbarung unverzüglich an, soweit
 - die Akkreditierungsrichtlinien des BVA dies erfordern,

- das BVA den Zulassungsbescheid zum DMP Diabetes Typ- 2 unter Auflagen bzgl. dieses Vertrages erteilt,
 - den Anforderungen der RSAV entsprechende Beanstandungen dieses DMP Diabetes Typ-2 durch das BVA erfolgen,
 - eine bundesmantelvertragliche Regelung getroffen wird,
 - die Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V für strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ-2 verändert wird,
 - Die Anpassungsregeln des § 28b Abs. 3 RSAV sind zu beachten.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms bedarf es keiner erneuten Einschreibung von Leistungserbringern und Versicherten.

§ 42 Kündigung

- (1) Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine ordentliche Kündigung kann erstmals unter Beachtung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten zum 31.05.2011 erfolgen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (2) Die Vergütungsregelung in Anlage 9 kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Quartals, frühestens jedoch zum 31.12.2011 gekündigt werden. In diesem Fall verpflichten sich die Vertragspartner in Vertragsverhandlungen einzutreten und eine Abstimmung einer neuen Vergütungsregelung innerhalb einer Frist von 6 Monaten nach Ablauf der Kündigungsfrist vorzunehmen. Können sich die Vertragspartner nicht einigen, kann der DMP-Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (3) Bei gesetzlichen Neuregelungen, insbesondere bei Entkopplung der Disease-Management-Programme vom Ausgleichsverfahren nach § 266 SGB V, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden; in diesem Fall treten die Vertragspartner umgehend in Vertragsverhandlungen ein.
- (4) Unberührt bleibt das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund. Ein wichtiger Grund für die Kassenverbände liegt insbesondere vor bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme, der Nicht-Akkreditierung des jeweiligen Programms durch das BVA, im Falle der Nichtverlängerung der Zulassung, Entzug der Zulassung für das jeweilige DMP durch das BVA und bei aufsichtsrechtlichen, gesetzlichen oder gerichtlichen Maßnahmen, die dem Vertrag seine Grundlage entzie-

hen. In diesen Fällen kann der Vertrag mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden.

§ 43

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 ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Mainz, Saarbrücken, den 24.09.2008

BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz
und Saarland

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz

IKK Südwest

Knappschaft
- Regionaldirektion Saarbrücken

Verband der
Ersatzkassen e. V. (vdek)

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Versorgungsauftrag und Überweiskriterien: Hausarzt (Ebene A)
Anlage 2	Versorgungsauftrag und Überweiskriterien: Diabetologisch qualifizierter Arzt (Ebene B)
Anlage 3	Versorgungsauftrag und Überweiskriterien: Diabetologische Schwerpunktpraxis (Ebene C)
Anlage 4	Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 RSAV
Anlage 5	Patientenschulungen
Anlage 6	Schulungsprogramme
Anlage 7.1	Jahresstatistik für Ebene B
Anlage 7.2	Jahresstatistik für Ebene C
Anlage 8	Augenärztlicher Untersuchungsbogen
Anlage 9	Vergütung
Anlage 10	Begriffserklärungen
Anlage 11	Blutzuckerteststreifen
Anlage 12	Begleitbrief
Anlage 13	Teilnahmebestätigung Schulungsprogramme
Anlage 14	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Indikationsübergreifende Erklärung zum Datenschutz Indikationsübergreifende Patienteninformation
Anlage 15	Telefaxmitteilung zu Schulungen/Hilfsmittel
Anlage 16	Blutdruckmessung
Anlage 17	Untersuchungsbogen diabetisches Fußsyndrom
Anlage 18	Qualitätssicherung
Anlage 19	Teil 1: Teilnahmeerklärung Arzt Teil 2: „Ergänzungserklärung für angestellte Ärzte“
Anlage 20	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 21	Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 (entspricht der Anlage 1 der RSAV)