

Vertrag gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V

in Kraft ab 01.01.2018

zwischen

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- dem BKK-Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden*
* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a SGB V
- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

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 Landesvertretung Niedersachsen,

An der Börse 1, 30159 Hannover

(Nachfolgend „Verbände“) genannt

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Berliner Allee 22, 30175 Hannover,

vertreten durch den Vorstand

über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (DMP - Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
 - § 4a Krankenhäuser
 - § 4b Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms

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 DMP - Arztes
- § 18 nicht besetzt

Abschnitt VI – Schulungen und Information

§ 19 Leistungserbringer

§ 20 Versicherte und Schulungen

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

§ 35 Vergütung der Schulungen

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

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

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.

COPD ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung

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

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

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie

„DMP – Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt

„Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt wird.

„Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation

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

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

PRÄAMBEL

Die Datenlage bei COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 2012 10 bis 15% der Erwachsenen an chronischer Bronchitis. Davon entwickeln mit hoher Wahrscheinlichkeit 10 bis 20% eine obstruktive Lungenerkrankung.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei COPD-kranken Erwachsenen in Deutschland verbesserungswürdig. Der Patient kann bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Dadurch verbessert sich die Prognose erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Die Behandlung von Patienten mit COPD soll nun durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137f SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016, 01.01.2017 und 18.11.2017 in Kraft getreten sind.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, den ursprünglichen Strukturvertrag nach § 73a SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen vom 01.01.2007, geändert durch die 1. bis 7. Ergänzungsvereinbarung vom 01.06.2007, 11.12.2007, 27.03.2008, 08.09.2008, 09.06.2009, 01.10.2011 und 01.07.2013 durch diese Vereinbarung zu ersetzen, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Die Vertragspartner vereinbaren diesen Vertrag unter Verwendung der bisherigen Regelungen aus dem o.a. Vertrag zwecks Wiedertzulassung des strukturierten Behandlungsprogramms COPD in der Region Niedersachsen.

Diese Vereinbarung soll eine möglichst flächendeckende, den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, qualitätsgesicherte Versorgung und Schulung der COPD-Patienten gewährleisten.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms COPD in der Region der KV Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt spielt als DMP - Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung.
- (2) Generell geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch COPD beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-Anforderungen-Richtlinie (im folgenden DMP-A-RL genannt) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Ziffer 1.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner mit diesem Vertrag folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:
 - Vermeidung/ Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
 - einer raschen Progredienz der Krankheit

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;

- Reduktion der COPD-bedingten Letalität.
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVN, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen und
- b) die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsens gelten. Soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Vorschriften für diese Krankenkassen gelten, muss die jeweils betroffene außerniedersächsische Krankenkasse diesem Vertrag beitreten und gegenüber der KVN erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß §§ 34 und 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennt. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

- (2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV, die DMP-AF-RL und insbesondere DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD) auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungsektors (DMP - Arzt)

- (1) Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Ärzte und MVZ, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Anlage 1 Nr. 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen teilnahmeberechtigt sind auch zugelassene, für die Behandlung von COPD qualifizierte Fachärzte und MVZ mit entsprechenden Fachärzten, sofern sie die Voraussetzungen nach Anlage 1 Nr. 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (4) In Ausnahmefällen teilnahmeberechtigt sind auch zugelassene qualifizierte Fachärzte und MVZ mit der entsprechenden Qualifikation, sofern sie die Voraussetzungen nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (5) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (6) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
 - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - c) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige elektronische Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage

2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,

- d) bei Teilnahme des Patienten an mehreren Disease-Management-Programmen die Koordination der Behandlung des Patienten in den jeweiligen Programmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der entsprechenden Dokumentationszeiträume. Hiervon ausgenommen ist die Koordination im Disease-Management-Programm Brustkrebs, wenn die Versicherte einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als DMP - verantwortlichen Arzt gewählt hat.
- e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
- f) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbezeichnung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen.
- g) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen Überweisung an andere Ärzte entsprechend Anlage 2 oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte/ Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- h) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen soll eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus gemäß § 4a, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur, vorgenommen werden. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
- i) bei Überweisung oder Einweisung sind
 1. therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 2. von diesen Leistungserbringern therapierrelevante Informationen einzufordern.
- j) Soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-j entsprechend. Der anstellende Arzt / das anstellende MVZ hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses für die Beachtung dieser Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Beteiligung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind Ärzte und MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-) betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte und MVZ gehören insbesondere:
 - a) die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - c) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbezeichnung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen.
 - d) die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend Ziffer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,

- e) bei Überweisung oder Einweisung sind
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
- f) die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP–Arzt zur Dokumentation nach diesem Vertrag soll in der Regel innerhalb des festgelegten Dokumentationsintervalls nach dem ersten Versichertenkontakt erfolgen,
- g) bis zur Rücküberweisung die Übermittlung therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation an den DMP-Arzt und
- h) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen soll eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus gemäß § 4a unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorgenommen werden. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-h entsprechend. Der anstellende Arzt / das anstellende MVZ hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zu gewährleisten.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 4a

Krankenhäuser

- (1) Gemäß §§ 108 bzw. 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden für stationäre Einweisungen von teilnehmenden Versicherten aufgrund der Diagnose COPD vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung, regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen mit der Krankenhausgesellschaft bzw. den jeweiligen Krankenhäusern.
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Krankenhäuser wird die KVN durch Verbände informiert.

§ 4b

Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung, regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Trägern.
- (2) Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX entschieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die KVN durch die Verbände informiert.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt / das MVZ erklärt sich nach § 3 und/oder im fachärztlichen Versorgungssektor nach § 4 gegenüber der KVN schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an diesem Disease-Management-Programm bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes 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 in der Anlage 5 beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVN kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (3) Der Vertragsarzt / der Leiter des MVZ genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn von den Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 21 Abs. 2. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln oder Änderungen im Datenstellenvertrag vornehmen möchte, bevollmächtigt der Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft in seinem Namen einen neuen Vertrag zu schließen. Er wird in diesem Fall die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVN nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVN vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5 beigefügten Formulars.
- (5) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVN erteilt den gemäß § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten / MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen nachweisen.
- (2) Die KVN erteilt den gemäß § 4 an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten / MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen nachweisen.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme des Arztes/ MVZ am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVN bestätigt.
- (2) Der Arzt/ Das MVZ kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVN) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes/ MVZ an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt/ dieses MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte / MVZ aufmerksam machen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.
- (5) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer (Neben-)Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser (Neben-)Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden 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 DMP-COPD KV-Vertrag Niedersachsen – 01.01.2018 – Lesefassung – 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 Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes, Die Neuanstellung ist nachzuweisen.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVN ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte. Die KVN stellt dieses Verzeichnis (mit Praxisanschrift) den Vertragspartnern in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) monatlich entsprechend Anlage 10 zur Verfügung. Abweichend davon können die Vertragspartner in der Startzeit kürzere Abstände vereinbaren.
- (2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und der nach § 4b teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen entsprechend Anlage 10. Diese Verzeichnisse werden bei Veränderungen der KVN in elektronischer Form (z.B. als Excel Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt. Abweichend davon können die Vertragspartner in der Startzeit kürzere Abstände vereinbaren.
- (3) Die Teilnehmergeverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 werden dem Bundesversicherungsamt mit dem Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei unbefristeter Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Krankenkasse zur Verfügung zu stellen. Außerdem erhalten die Teilnehmergeverzeichnisse bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und die NKG über die KVN,
 - die am DMP teilnehmenden Krankenhäuser über die NKG,
 - die Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
 - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
 - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassen und

- die Datenstelle nach § 21 durch die KVN (Ärzte) und den Verbänden (Krankenhäuser).

(4) Die Teilnehmerverzeichnisse können mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III
Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung für das Behandlungsprogramm COPD entsprechen den Anforderungen nach Anlage 11 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte des Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu informieren. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei einer Änderung der Anlage 11 der DMP-A-RL verpflichten sich die Ärzte/ MVZ, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Ärzte/MVZ werden von der KVN nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte des Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) enthalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen informiert.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 9 - auf Basis der Ziffer 2 der Anlage 11 zur DMP-A-RL - relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2, Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL einschließlich der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 11 der DMP-A-RL,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 4, Anlage 1 und Anlage 2,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlagen 9 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,

- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die DMP – Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlagen 1, 2 und 11 durch die KVN,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 9 werden die Krankenkassen in die medizinischen Belange des Arzt / Patientenverhältnisses ohne Abstimmung des DMP – Arztes nicht eingreifen.
- (4) Die Krankenkassen informieren die KVN über die von Ihnen durchgeführten Maßnahmen nach Abs. 3 und stellen ggf. verwendetes Informationsmaterial und Muster-schreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.
- (5) Zur Auswertung der in Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 12 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (6) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in geeigneter Weise, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder in der Fachpresse in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.

- (2) Verstößt der Arzt / das MVZ gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
- a) Keine Vergütung für unvollständige, unplausible und/oder verspätete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung,
 - b) Schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - c) Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner kann ein Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung erfolgen. Eine erneute Teilnahme an diesem DMP-Vertrag ist möglich,
 - d) Hält der Arzt / das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, wird die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern widerrufen. Eine erneute Teilnahme an diesem DMP-Vertrag ist nicht möglich.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
- Vollendung des 18. Lebensjahres und Erfüllung der speziellen Voraussetzungen gemäß Ziffer 3.2 der DMP-A-RL,
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt entsprechend Nummer 3 i.V.m. Nummer 1.2. bis 1.2.2 und 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
 - die umfassende, auch schriftliche Einwilligung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten (Anlage 8) und
 - die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28 f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser 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 an dem Programm zur Folge hat.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen Asthma und COPD ist nicht möglich.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) DMP - Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 3 bei dem Arzt / MVZ einschreiben.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte / MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung. Die KVN erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Kassen zur Information vorab Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen (außer § 13 Abs. 3). Hierzu sollte der Versicherte durch den DMP - Arzt und ggf. unterstützend durch die jeweilige Krankenkasse informiert werden.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in dieses Disease-Management-Programm müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
 - a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der DMP-A-RL. Insbesondere erklärt der Vertragsarzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann,
 - b) die Erklärung der Bereitschaft der aktiven Mitwirkung durch den Versicherten,
 - c) die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL durch den DMP-Arzt.
- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP - Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und dieser die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse

wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen DMP-Arzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen indikationsübergreifend den gleichen DMP – Arzt wählen. Eine Ausnahme gilt bei einer Einschreibung in das DMP Brustkrebs. Hier können regelhaft verschiedene DMP - Ärzte die Funktion des DMP – Arztes für eine Versicherte übernehmen.

- (6) Eine Anmeldung für das Behandlungsprogramm ist auch bei der jeweiligen Krankenkasse möglich. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten DMP–Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt und übermittelt werden.
- (7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP - Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Soweit ein an diesem Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Soweit ein an diesem Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen erneut zu erstellen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (Anlage 8) erklärt sich der Versicherte zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die Übermittlung der für dieses Programm erforderlichen Daten ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte gültige Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (3) Im übrigen endet die Teilnahme mit dem Tag
 - der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach §137 g Abs. 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 - des Kassenwechsels,
 - der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
 - der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind,
 - des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2a RSAV.

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP - Arzt und die Datenstelle schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des DMP – Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. § 14 Abs. 5 Satz 4 bleibt hiervon unberührt.
- (2) Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines DMP-Arztes.
- (3) Der bisherige DMP-Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

nicht besetzt

Abschnitt VI

Schulungen und Information

§ 19

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte / MVZ gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte dieses Disease Management Programms COPD. Die Verbände der Krankenkassen erstellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein entsprechendes, den Richtlinien des G-BA konformes Arztmanual zur Verfügung. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte / MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte / MVZ nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 11 zur DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 und 2 hinausgehenden Anforderungen an die für dieses strukturierte Behandlungsprogramm relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte / MVZ.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages gegenüber der KVN nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Vertragsärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

- (5) Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme erhalten die Ärzte über die Internetseiten der jeweiligen Krankenkasse.

§ 20

Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms, insbesondere durch Patienteninformationen (Anlage 8). Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die KVN erhält zur Information vorab die von den teilnehmenden Kassen verwendeten Patienteninformationen als Muster (§ 14 Abs. 2).
- (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 informierten Patientenentscheidungen. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die den Richtlinien des G-BA widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß Anlage 11 die Strukturqualität Schulungsarzt gegenüber der KVN nachgewiesen haben. Der § 6 des Vertrages gilt entsprechend.
- (5) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden die folgenden Schulungsprogramme in der jeweils gültigen, vom BVA für verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt, da für diese Schulungen der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde:
- Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)
 - COPD–Patientenschulung ATEM

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Verbände und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
- Der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 - der Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung,
 - der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
 - der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN,
 - der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung (§ 31) und
 - der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

- Die Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die KVN zum Zwecke der Abrechnung von Vergütungen nach § 34 (Statusdatensatz).

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des –Arztes / MVZ gemäß Anlage 5 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle,
 1. die von ihm erstellte Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
 2. die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden DMP–Ärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-Richtlinie aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-Richtlinie, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der Anlage 11 zur DMP-A-Richtlinie, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach Ziffer 4 der Anlage 11 zur DMP-A-Richtlinie und die Evaluation nach § 6 DMP-A-Richtlinie genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen, die den Dokumentationszeitraum ab dem 01.04.2008 betreffen, sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach DMP-Arzt, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-Richtlinie am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und an die Datenstelle zu übermitteln. Dies soll spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation erfolgen. Zugleich verpflichtet sich der Arzt, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (1a) Beleglose Dokumentationen dürfen mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle übermittelt werden.

Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von Disease Management Programmen zertifiziert ist. Bei der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen den Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Arzt vor dem Versand zu verschlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren anzuwenden. (Anlage 6 Datenerstellung und Übertragung)

- (2) Der Versicherte willigt einmalig durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 8) in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu erhebenden Daten ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer unterschriebener Ausdruck verbleibt beim DMP-Arzt.

§ 24

Datenzugang

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

(2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL ausschließlich für die in § 11 und in der Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in § 11 und Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in medizinische Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses im Sinne eines Case-Managements stattfindet.

(3) Die Vertragspartner bestimmen im Bedarfsfall einen neutralen Ombudsmann, der die Einhaltung der Verpflichtung der Kassen nach Abs. 2 prüft.

Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist (15 Jahre).

§ 25

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP – Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen erfolgt gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt VIII

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 26

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt der erfassten Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL mit pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL mit pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN.

§ 27

Datenzugang

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

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP – Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen erfolgt gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in dem Vertrag der gemeinsamen Einrichtung beschrieben. Die Qualitätssicherung umfasst insbesondere:
- a) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 11 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
 - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 - d) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL und
 - e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 Nr. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 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 Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.
- (4) Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVN abgegolten, soweit im folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der ärztlichen Leistungen auf Grund dieser Vereinbarung, auch fachgruppen- und leistungsbezogen, und werden über ggf. notwendige gesamtvertragliche Konsequenzen verhandeln. Die erste Betrachtung erfolgt nach einem Jahr Vertragslaufzeit. Näheres regeln die Vertragspartner in den jeweiligen Gesamtverträgen.
- (3) Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL, die vollständig, plausibel und fristgemäß an die Datenstelle übermittelt werden. Die Frist zur Übermittlung für eine Dokumentation besteht aus dem Dokumentationszeitraum (Quartal) und den ersten 52 Tagen des nachfolgenden Quartals. Dokumentationen, welche innerhalb eines Dokumentationszeitraums erstellt wurden und somit einem Quartal zugeordnet sind, müssen der Datenstelle spätestens am 52. Tag nach Ablauf des Dokumentationszeitraums (52 Tage nach Quartalsende) vorliegen. Die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten werden nach diesem Vertrag dann wie folgt vergütet:

Beratung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle	25,00 €	GONr. 99560
Beratung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 €	GONr. 99561

Basis für die Auszahlung der o. a. Vergütungen sind die durch die Datenstelle (§ 21) gelieferten Daten an die KVN. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.

Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.a. Leistungen sind in den Vergütungen enthalten.

- (4) Für die nach § 3 teilnehmenden Ärzte / MVZ wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Instruktion ein pauschales Honorar von 11,00 € außerhalb der Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patient gezahlt (**GONr. 99562**).
- (5) Der Arzt / Das MVZ nach § 3 erhält eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 11,00 € für jeden Patienten pro Jahr, wenn er für diesen (Identifikation DMP-Fallnummer aus der Vergütungsdatei) für 4 aufeinander folgende Quartale alle fälligen Dokumentationen gültig erstellt. Die Auszahlung erfolgt nach Ablauf der Übermittlungsfristen. (**GONr. 99563**).
- (6) Der Arzt / Das MVZ nach § 4 erhält nach Einschreibung in das DMP eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 20,00 € im Krankheitsfall für die pneumologische Behandlung und Diagnostik gemäß der Ziffer 1.2.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL einschließlich Berichterstellung mit den zur Dokumentation notwendigen Daten für den DMP-Arzt nach § 3 (**GONr 99564**).
- (7) Der Arzt / das MVZ nach § 4 erhält für die Information und Beratung zum Tabakgebrauch bzw. Tabakverzicht inklusive Empfehlung einer medizinisch sinnvollen Maßnahme (z.B. eine Präventionsempfehlung auf Basis des Musters 36) für Patienten, für die der Raucherstatus gem. Anlage 7 dokumentiert wurde, eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 8,00 € einmalig je DMP-Fall (**GONr 99568**).
- (8) Die KVN ist berechtigt von den vereinbarten Vergütungen den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
- (9) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Änderung als Bestandteil der vertragsärztlichen Gesamtvergütung aufgenommen werden, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln.
- (10) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Dokumentationen werden entweder quartalsweise oder jedes zweite Quartal erstellt. Pro Versicherten und Quartal wird bei quartalsweiser Dokumentation höchstens eine Dokumentation vergütet. Im Falle eines Dokumentationsintervalls alle zwei Quartale soll pro Versicherten und zwei Quartalen höchstens eine Dokumentation vergütet werden.

- (11) Die KVN rechnet die Vergütung mit den Krankenkassen außerhalb der pauschalier-ten Gesamtvergütung ab.

§ 35

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen der Schulungsprogramme für Patienten mit der Indikation COPD, können von Ärzten / MVZ nach §§ 3 und 4 dieses Vertrages abgerechnet werden, die die erforderlichen Qualifikationen und Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 (Strukturqualität Schulungsarzt/Patientenschulungen) im Hinblick auf die Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die KVN stellt den Verbänden der Krankenkassen eine Übersicht der schulungsberechtigten Ärzte (Anlage 10) zur Verfügung.
- (2) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVN. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte / MVZ ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (3) Die Schulungen werden wie folgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen honoriert und über die KVN abgerechnet. § 34 Abs. 7 und 10 gelten entsprechend.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung	KVN interne GONr.
COBRA (Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem bzw. AFBE = Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)	Gruppen-schulung 4 bis 8 Personen	6 Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	99565
Zuschlag zur 6. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99565			13,50 €	99565Z
ATEM – COPD Patientenschulung	Gruppen-schulung für max. 8 Patienten	4 Unterrichtseinheiten zu je 90 Minuten	36,00 € je Patient und Unterrichtseinheit	99567
Zuschlag zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99567			14,40 €	99567Z

Nachschulung mit inhaltlichen Elementen der Schulungsprogramme nach dieser Vereinbarung Frühestens ein Jahr nach Teilnahme am Schulungsprogramm	Einzel- oder Gruppenschulung bis zu 10 Personen	Maximal 1 Unterrichtseinheit zu 60 Minuten je Krankheitsfall	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	99566
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale je Schulungsprogramm	9,50 €	99569

- (4) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten ist zu berücksichtigen. Es darf grundsätzlich nur eines der Schulungsprogramme nach Abs. (3) durchgeführt und abgerechnet werden.
- (5) Eine Wiederholung des Schulungsprogramms ist nur mit Genehmigung der Krankenkasse abrechenbar. Falls erforderlich ist die Nachschulung frühestens 1 Jahr nach Ende des Schulungsprogramms abrechenbar.
- (6) Die KVN sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten / MVZ in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.
- (7) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Ärzte / MVZ wird ein Jahr nach Vertragsbeginn durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert und ggf. neu verhandelt.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVN liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte / MVZ die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.

Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2018 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2007 in der Fassung der 7. Ergänzungsvereinbarung vom 01.07.2013. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die einer nachfolgenden

Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137g Abs. 2 SGB V oder sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.

- (3) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. bei der Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes oder festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 24 Abs. 2, der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 24 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß nach § 24 Abs. 2 begangen hat. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.
- (4) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis VIII) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Versorgungssituation von COPD-Patienten sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 39

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 40

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.

Hannover, den

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-
sachsen

BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Niedersachsen, Bre-
men, Sachsen-Anhalt

IKK classic

SVLFG als Landwirtschaftliche
Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord, Standort Hannover
-

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
-Der Leiter der vdek-Landesvertretung Nie-
dersachsen -

Anlagen

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen COPD nach § 3
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen COPD nach § 4
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 6	Datenübermittlung
Anlage 7	Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL
Anlage 8	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation der Versicherten und Patienteninformation
Anlage 9	Qualitätssicherung
Anlage 10	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 11	Strukturqualität Schulungsarzt/ Patientenschulungen