

VERTRAG

**gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V
in Kraft ab 01.04.2019**

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 Hannover,
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,
Schillerstraße 32, 30159 Hannover

(nachfolgend „Verbände“ genannt)

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30159 Hannover,

vertreten durch den Vorstand (Nachfolgend „KVN“ genannt)

über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma

Inhaltsverzeichnis

P R Ä A M B E L	5
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich	6
§ 1 Ziele der Vereinbarung	6
§ 2 Geltungsbereich	7
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (DMP-Arzt).....	8
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors	10
§ 4a Krankenhäuser	11
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen.....	11
§ 5 Teilnahmeerklärung	12
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	13
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse	14
Abschnitt III Versorgungsinhalte	15
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma	15
Abschnitt IV Qualitätssicherung	16
§ 10 Grundlagen und Ziele	16
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	16
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	17
Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	18
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen.....	18
§ 14 Information und Einschreibung	19
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	20
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme.....	20
§ 17 Wechsel des betreuenden DMP–Arztes	21
Abschnitt VI Schulungen und Information	23
§ 19 Leistungserbringer	23
§ 20 Versicherte und Schulungen.....	24
Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben	25
§ 21 Datenstelle	25
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen	26
§ 23 Datenfluss zur Datenstelle	26
§ 24 Datenzugang	27
§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung	27
Abschnitt VIII Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung 29	
§ 26 Datenfluss	29
§ 27 Datenzugang	29
§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung	29

Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung	30
§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	30
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	30
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	30
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	30
Abschnitt X Evaluation	32
§ 33 Evaluation.....	32
Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung	33
§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.....	33
§ 35 Vergütung der Schulungen	35
Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen	38
§ 36 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	38
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	38
§ 38 Laufzeit und Kündigung	38
§ 39 Schriftform	39
§ 40 Salvatorische Klausel	39

Erläuterungen

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

„ArGe DMP“ ist die Arbeitsgemeinschaft i. S. d. §§ 29, 30

„Asthma“ ist Asthma bronchiale

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

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

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

„EU-DSGVO“ ist die EU-Datenschutzgrundverordnung

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

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts

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

Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es sind jedoch immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

PRÄAMBEL

Die Diagnoseprävalenz von Asthma bronchiale lag 2016 in der erwachsenen Bevölkerung bei etwa 6%. Bei Kindern und Jugendlichen stellt Asthma mit einer Prävalenz von knapp 6% eines der häufigsten chronischen Gesundheitsprobleme dar.¹ Dies impliziert einen besonderen Schwerpunkt auf die Behandlung ebendieser Personengruppe.

Einem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen entsprechend ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei asthmakranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungswürdig. Der Patient kann durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung in Bezug auf lebensstilassoziierte Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Dadurch verbessert sich die Prognose erheblich und eine flexiblere Lebensführung wird ermöglicht.

Die Behandlung von Patienten mit Asthma soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V.

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 Asthma vom 15.12.2006, geändert durch die 1. - 6. Ergänzungsvereinbarung vom 19.06.2007, 11.12.2007, 27.03.2008, 08.09.2008, 01.10.2011 und 20.06.2013 durch diesen Vertrag 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 Wiedenzulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma in der Region Niedersachsen.

Der Vertrag berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 14. Änderung mit Beschluss vom 17.01.2019.

¹ Vgl. Akmatov, M. K./ Holstiege, J./ Steffen, A./ Bätzing, J. (2018): Diagnoseprävalenz und -inzidenz von Asthma bronchiale – Ergebnisse einer Studie mit Versorgungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland (2009-2016).

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 Asthma 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 Asthma, 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. Kindern und Jugendlichen im Alter ab dem vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr ist im DMP Asthma ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für das DMP Asthma teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.
- (2) Generell geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Asthma 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 RSAV und in der DMP-A-Richtlinie (insbesondere Anlage 9) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag folgende Ziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:
 - Vermeidung/ Reduktion
 - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/ Exazerbationen),
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
 - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/ Jugendlichen und Erwachsenen,

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität

- Reduktion der Asthma-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) Ärzte 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 sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Asthma auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II
Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

**Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors
(DMP-Arzt)**

- (1) Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) – unbesetzt –
- (4) In Ausnahmefällen teilnahmeberechtigt sind auch zugelassene qualifizierte Fachärzte und Medizinische Versorgungszentren, sofern sie die Voraussetzungen nach Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Dies insbesondere dann, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt bzw. Medizinischen Versorgungszentrum 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 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte (im weiteren DMP-Arzt bezeichnet) 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 Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i. V. m . Anlage 10 DMP-A-Richtlinie 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 Schulungsberechtigung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen. Hierbei sind die Regelungen des § 20 Abs. 2-5 zu beachten,
- g) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der DMP-A-Richtlinie genannten Indikationen Überweisung an andere Ärzte entsprechend Anlage 2 oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte/ Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der DMP-Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- h) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der DMP-A-Richtlinie 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. therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 2. von diesen Leistungserbringern therapierelevante 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 Medizinische Versorgungszentrum hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

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

- (7) Für Ärzte, die bis einschließlich 31.03.2019 auf der sogenannten Zwischenebene (fachärztlich tätige Internisten aus der alten Anlage 1 Nr. 2) am Programm teilnehmen und die bis dato gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen, gilt ein Bestandsschutz.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, 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 Ärzte 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 Schulungsberechtigung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen. Hierbei sind die Regelungen des § 20 Abs. 2-5 zu beachten.
 - d) die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend Punkt 1.6.2 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie. 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 9 DMP-A-Richtlinie 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 hat im Rahmen des Arbeitsverhältnisses für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

- (5) In Bereichen, in denen ein ausreichendes Angebot an DMP-Ärzten mit der Qualifikation zur Schulung von Kindern nach dem Schulungsprogramm „Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.“ einschließlich „ASEV-Schulung = Asthma-Schulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung“ nicht vorhanden ist, können durch den Zulassungsausschuss einschlägig ermächtigte Ärzte auf Antrag als so genannte „Schulungsärzte“ an diesem DMP teilnehmen. Hierzu bedarf es der Antragstellung des ermächtigten Arztes mit Nachweis der fachlichen Befähigung zur Durchführung des o.g. Schulungsprogramms gemäß §§ 12, 20 und 35 i. V. m. Anlage 11. Die Genehmigung zur Teilnahme als Schulungsarzt und Abrechnung von Leistungen nach § 35 wird nach Prüfung durch die KVN vom Zulassungsausschuss erteilt. Diese Schulungsärzte dürfen nur auf Überweisung durch DMP-Ärzte (nach §§ 3 oder 4) in das DMP Asthma eingeschriebene Patienten nach dem in Anlage 11, Abschnitt II, Nr. 1, genannten Schulungsprogramm schulen. In diesen Fällen verpflichtet sich der Schulungsarzt, die Regelungen und Vorgaben nach diesem Vertrag, der DMP-A-RL und der RSAV einzuhalten.

§ 4a

Krankenhäuser

- (1) Gemäß §§ 108 bzw. 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden für stationäre Einweisungen von teilnehmenden Versicherten aufgrund der Diagnose Asthma vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in der 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 die 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 RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung, regeln die Kran-

kenkassenverbände 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 Medizinische Versorgungszentrum erklärt sich unter Angabe der Funktion als DMP-Arzt 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 zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist mit dem Formular gemäß Anlage 5 (Teilnahmeerklärung des Arztes) 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 Arzt / das Medizinische Versorgungszentrum 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 die Datenstelle wechseln oder Änderungen am Datenstellenvertrag vornehmen möchte, bevollmächtigt der Arzt / das Medizinische Versorgungszentrum 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 Formulars gemäß Anlage 5 angezeigt.

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

- (1) Die Teilnahme des Arztes / Medizinischen Versorgungszentrums 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 Medizinische Versorgungszentrum kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVN) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines Arztes / Medizinischen Versorgungszentrums an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt / dieses Medizinische Versorgungszentrum von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte / Medizinische Versorgungszentren 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 (Neben-)Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausschei-

dens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der 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 Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte. Die KVN stellt dieses Verzeichnis (mit Praxisanschrift) den Vertragspartnern in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) mindestens monatlich entsprechend Anlage 10 zur Verfügung.
- (2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und der nach § 4b teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden bei Veränderungen der KVN in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Teilnehmersverzeichnisse 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 Teilnehmersverzeichnisse bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren 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 (Vertragsärzte) und den Verbänden (Krankenhäuser).

Die Teilnehmersverzeichnisse können mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in Anlage 9 der DMP-A-Richtlinie definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren verpflichten sich, durch ihre Teilnahmeerklärung bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-Richtlinie, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Gleichsam verpflichten sich die Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 9 auf Basis von Nummer 2 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie 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 dieses Vertrages gemäß Nummer 1.6 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie 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 10 der DMP-A-Richtlinie ,
- 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-Richtlinie sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-Richtlinie insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist hierbei ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte,
 - 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 Ärzte 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 Musterschreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.
 - (5) Zur Auswertung der in Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m . Anlage 10 DMP-A-RL einzubeziehen.
 - (6) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 9, Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern 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 Ärzte/ MVZ gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt der Arzt / das Medizinische Versorgungszentrum 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 Medizinische Versorgungszentrum 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 die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie erfüllt sind:
- a) Vollendung des ersten Lebensjahres und Erfüllung der speziellen Voraussetzungen gemäß Nummer 3.2 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie,
 - b) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) des Versicherten,
 - c) die schriftliche Einwilligung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und
 - die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters über die Programminhalte, insbesondere auch über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten;
 - 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 Aufgabenteilung zwischen den Versorgungsebenen und die 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. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig eingestufte DMP zu erfolgen.
- (4) Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma nicht beziehungsweise nicht mehr möglich, sobald der Bescheid über die Feststellung der Berufskrankheit durch

Mitteilung des Versicherten, der Krankenkasse oder eines Dritten dem DMP-Arzt zugegangen ist (Postausgangsdatum zzgl. drei Werktage).

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) DMP-Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten oder den gesetzlichen Vertreter. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 4 bei diesem DMP-Arzt einschreiben.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/ Medizinischen Versorgungszentren ihre Versicherten oder den gesetzlichen Vertreter entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte oder der gesetzliche Vertreter bestätigt den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8). 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 (Ausnahme § 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 (Anlage 8) gemäß §15,
 - b) die Erklärung des DMP-Arzt, dass der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3. der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann und bereit ist aktiv an der Umsetzung mitzuwirken,
 - c) die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie 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 der Versicherten (Anlage 8) sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie 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 (Anlage 8) 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.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 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. Für die Abrechnung der DMP-Leistungen wird als Beginndatum des DMP-Falls von der KVN die lfd. Nr. 19 („Erstelldatum des Dokumentationsdatensatzes oder Ausstellungsdatum der TE/EWE“) in Verbindung mit der lfd. Nr. 21 („Kennzeichen der Dokumentationsart“, mit dem Kürzel „ED“ für Erstdokumentation) des Statusdatensatzes herangezogen.

- (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 10 der DMP-A-Richtlinie, 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. 1 genannten Frist (10+42 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind,
 - des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2a RSAV.
- (4) Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll der Arzt prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die unter Nummer 1.3 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (6) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenstelle schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des betreuenden DMP-Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen DMP-Arzt 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 / Medizinischen Versorgungszentren gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieses Behandlungsprogramms. Die Verbände der Krankenkassen stellen hierfür ein mit der KVN abgestimmtes, DMP-A-richtlinienkonformes Arztmanual zur Verfügung. In diesem werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren 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 Nummer 3 der Anlage 9 DMP-A-Richtlinie 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 / Medizinischen Versorgungszentren.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVN und ggf. der Gemeinsamen Einrichtung 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.

§ 20

Versicherte und Schulungen

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, 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 (siehe hierzu § 14 Abs. 2).
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der Vertragsarzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9 dieses Vertrages einzubeziehen. Auf Inhalte, die der RSAV sowie der diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte / Medizinische Versorgungszentren, 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 in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt.

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:
- a) Die Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie,
 - b) die Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie,
 - c) die Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 - d) Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung,
 - e) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie an die jeweilige Krankenkasse,
 - f) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN,
 - g) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31,
 - h) die Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 8) an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.
 - i) Die Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 9 der DMP-A-Richtlinie und Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie 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.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des DMP-Arztes gemäß Anlage 5 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle,
 - a) die von ihm erstellte Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
 - b) die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie 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 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

Die Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 § 2 der DMP-A-Richtlinie, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach § 4 der DMP-A-Richtlinie und die Evaluation nach § 6 der DMP-A-Richtlinie genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung (gem. Anlage 5) verpflichtet sich der DMP-Arzt, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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. Der DMP-Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) vom Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter vorliegt. 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 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. Im Fall der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem ge-

eigneten, 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).

- (2) Der Versicherte oder der gesetzliche Vertreter willigt einmalig durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu erheben den 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 personenbeziehbaren 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 aus der Anlage 2 i. V. m. 10 der DMP-A-Richtlinie ausschließlich für die in § 11 und in Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die 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.
- (4) Die Regelungen in Abs. 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist gemäß der DMP-A-RL.

§ 25

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP-Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungspro-

gramme erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß der DMP-A-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung.

- (2) Gemäß § 5 Abs. 4 DMP-A-RL gelten für die Leistungserbringer gesonderte Aufbewahrungsfristen, die sich nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den berufsrechtlichen Bestimmungen, richten.

Abschnitt VIII

Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN, zur ArGe DMP 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 die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie 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 übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN, der ArGe DMP und der Gemeinsamen Einrichtung archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß der DMP-A-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung.

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 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie versichertenbezogen 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 Anlagen 9a weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 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 versichertenbezogen pseudonymisierten 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 versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie,

- b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie,
 - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der versichertenbezogenen pseudonymisierten quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie,
 - d) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-Richtlinie und
 - e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X

Evaluation

§ 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-Richtlinie.
- (2) Die zur 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 zur Verfügung gestellt.
- (3) 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 Vergütungen für DMP-Leistungen, die auf Basis einer Überweisung erbracht werden, werden analog der bundesmantelvertraglichen Regelung bezahlt, sofern zum Ausstellungstag der Überweisung beim koordinierenden Arzt keine Mitteilung der Krankenkasse oder eines Dritten zur Beendigung der DMP-Teilnahme vorliegt (Postausgangsdatum zzgl. drei Werktage).
- (3) 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.
- (4) Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-Richtlinie, die vollständig, plausibel und fristgemäß an die Datenstelle übermittelt werden. Die Frist zur Übermittlung für eine Dokumentation besteht aus dem Dokumentationszeitraum (jeweiliges Quartal) zuzüglich gemäß § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums. Darüber hinaus besteht nach § 28 d Abs. 2 Satz 2c RSAV eine Korrekturfrist von sechs Wochen (42 Tagen) nach Ablauf der o. g. 10-Tages-Frist, innerhalb derer die Dokumentation spätestens vollständig und plausibel an die Datenstelle übermittelt werden und dort eingehen muss.
- (5) Ist ein Versicherter in das DMP Asthma oder COPD eingeschrieben und ein anderer Arzt nimmt eine Einschreibung in das jeweils andere DMP vor, erfolgt unter Beachtung des § 16 Abs. 1 ein Programmwechsel. Die vorherige DMP-Teilnahme endet am Vortag der Neueinschreibung. Der koordinierende Arzt des vorhergehenden DMP wahrt bis zur Mitteilung durch die Krankenkasse oder einen Dritten (Postausgang zzgl. drei Werktage) einen Honoraranspruch für bereits erbrachte DMP-Leistungen.
- (6) Die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten werden nach diesem Vertrag dann wie folgt vergütet:

Beratung der Versicherten einschl. Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle.	25,00 Euro	GONr 99550
Beratung der Versicherten einschl. Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand der Folgedokumentationen an die Datenstelle	15,00 Euro	GONr 99551

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.

- (7) Für die nach § 3 teilnehmenden Ärzte wird nach Einschreibung in das DMP für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Instruktion ein pauschales Honorar von 11,00 € (**GONr. 99552**) außerhalb der Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patient gezahlt.
- (8) Der DMP-Arzt nach § 3 erhält zur Sicherstellung einer kontinuierlichen DMP-Teilnahme eine zusätzliche jährliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 11,00 € je eingeschriebenem Versicherten, wenn er für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt hat. Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall sind vier Dokumentationen und bei einem halbjährlichen Intervall zwei Dokumentationen vorgesehen. Die Auszahlung erfolgt nach Ablauf der DMP-Übermittlungsfristen im Rahmen der nächsten folgenden Abrechnung (**GONr 99553**).
- (9) Der teilnehmende Arzt nach § 4 erhält nach Einschreibung in das DMP eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 20,00 € im Krankheitsfall für die pneumologisch/ allergologische Behandlung und Diagnostik gemäß Anlage 9 DMP-A-Richtlinie einschließlich Berichterstellung mit den zur Dokumentation notwendigen Daten für den DMP-Arzt nach § 3 (**GONr. 99554**).
- (10) 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 99448**).
- (11) Die KVN ist berechtigt von den vereinbarten Vergütungen den üblichen Verwaltungskostensatz in Abzug zu bringen.
- (12) 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.
- (13) 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.

- (14) Die KVN rechnet die Vergütung mit den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung ab.

§ 35

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen der Schulungsprogramme für Patienten mit der Indikation Asthma, können von Ärzten/ Medizinischen Versorgungszentren nach den §§ 3 und 4 dieses Vertrages abgerechnet werden, welche 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/ Medizinischen Versorgungszentren ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (3) Die Schulungen gemäß Anlage 11 werden wie folgt außerhalb der Gesamtvergütung honoriert und über die KVN abgerechnet. § 34 Abs. 11 und 14 gelten entsprechend.

Programm		Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung	KV-interne GONr.
Asthma-Kleinkindschulung	Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., AGAS) einschl. ASEV Schulung = Asthaschulung für Eltern von Vorschulkindern , Asthma-Kleinkindschulung hier: Teil ASEV-Schulung	Gruppenschulung bis zu 7 Kinder bis 5 Jahre sowie deren Eltern/ Bezugspersonen	13 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Min. (12 UE für Eltern/ Bezugspersonen und 1 UE mit dem erkrankten Kind)	19,50 € je Patient und UE	99449
	Zuschlag zur 13. UE (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99449			25,35 €	99449 Z
	Nachschulung mit inhaltlichen Elementen aus dem ASEV-Schulungsprogramm	Einzel- oder Gruppenschulung bis zu 10 Personen Frühestens ein Jahr nach Teilnahme am Schulungsprogramm	Max. 2 UE im Krankheitsfall à 45 Min.	19,50€ je Patient und UE	99539

	Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung	KV- interne GONr.
Asthma-Schulung Kinder & Jugendliche	Qualitätsmanagement in der Asthma-Schulung von Kindern und Jugendlichen (AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., AGAS) einschl. ASEV Schulung = Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung hier: Teil AGAS-Schulung	Gruppenschulung bis zu 7 Kinder ab 5 Jahre sowie deren Eltern/ Bezugspersonen	30 UE à 45 Min. (18 UE für Kinder und 12 UE für Eltern/ Bezugspersonen)	19,50€ je Patient und UE	99555
	Zuschlag zur 30. UE (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99555			58,50€	99555 Z
	Nachschulung mit inhaltlichen Elementen aus dem AGAS-Schulungsprogramm	Einzel oder Gruppenschulung bis zu 10 Personen Frühestens ein Jahr nach Teilnahme am Schulungsprogramm	Max. 2 UE im Krankheitsfall zu je 45 Min. (1 UE für Eltern und 1 UE für Kinder).	19,50 je Patient und UE	99556

	Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung	KV- interne GONr.
Asthma-Schulung für Erwachsene	NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthmaschulung) als Gruppenschulung	Gruppenschulung 4 bis 8 Personen	6 UE zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und UE	99557
	Zuschlag zur 6. UE (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99557			13,50€	99557 Z
	Nachschulung mit inhaltlichen Elementen des Schulungsprogramms NASA / AFAS	Einzel- o. Gruppenschulung bis zu 10 Personen Frühestens ein Jahr nach Teilnahme am Schulungsprogramm	Max. 1 UE zu 60 Minuten je Krankheitsfall	22,50 € je Patient und UE	99558
	Schulungs- und Verbrauchsmaterial NASA inkl. Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale	9,50 €	99559

(4) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten ist zu berücksichtigen.

(5) Eine Wiederholung der Schulungsprogramme ist nur mit Genehmigung der Krankenkasse möglich. Falls erforderlich sind Nachschulungen frühestens 1 Jahr nach Ende des Schulungsprogramms abrechenbar.

- (6) Die KVN sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten / Medizinischen Versorgungszentren in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

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

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVN liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) 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 01.04.2019 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2007 in der Fassung der 6. Änderungsvereinbarung vom 20.06.2013. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Teilnehmende Versicherte und Ärzte müssen sich nicht neu in das DMP einschreiben.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137g Abs. 2 SGB V oder sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen notwendig sind, unverzüglich bzw. innerhalb

der dazu vorgesehenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.

- (3) Abweichend von Abs. 2 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 Asthma 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 Niedersachsen

BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung Niedersachsen und Sach-
sen-Anhalt

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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

Anlagen

Übersicht Anlagen

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