Lesefassung in der Fassung der Protokollnotiz ab 01.12.2024

VERTRAG

gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)

in Kraft ab 01.04.2024

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**
  Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel
- **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 vdek-Landesvertretung Niedersachsen
Schillerstraße 32, 30159 Hannover

nachfolgend „Verbände“ genannt

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)
Berliner Allee 22, 30175 Hannover
vertreten durch den Vorstand

Inhaltsverzeichnis

Übersicht Anlagen **4**

Erläuterungen **5**

PRÄAMBEL **6**

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich **7**

§ 1 Ziele des Vertrages 7

§ 2 Geltungsbereich 8

Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer **9**

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (DMP-Arzt) 9

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors 11

§ 4a Krankenhäuser 12

§ 4b Rehabilitationseinrichtungen 13

§ 5 Teilnahmeantrag des Arztes/MVZ 13

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen 14

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme 14

§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse 15

Abschnitt III Versorgungsinhalte **17**

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm 17

Abschnitt IV Qualitätssicherung **18**

§ 10 Grundlagen und Ziele 18

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren 18

§ 12 Verstoß gegen die Ziele des DMP COPD 19

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten **21**

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen 21

§ 14 Information und Einschreibung 22

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 23

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme 24

§ 17 Wechsel des DMP-Arztes 25

§ 18 nicht besetzt 25

Abschnitt VI Arztinformation, Fortbildungen und Patientenschulungen **26**

§ 19 Information und Fortbildungen der Ärzte 26

§ 20 Patientenschulungen 27

Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben **28**

§ 21 Datenstelle 28

§ 22 Erst- und Folgedokumentationen 29

§ 23 Datenfluss 30
§ 24 Datenzugang 31
§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung 31
Abschnitt VIII Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung 32
§ 26 Datenfluss 32
§ 27 Datenzugang 32
§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung 32
Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung 33
§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft 33
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft 33
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung 33
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung 34
Abschnitt X Evaluation 35
§ 33 Evaluation 35
Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung 36
§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 36
§ 35 Vergütung der Patientenschulungen 38
Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen 41
§ 36 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz 41
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen 41
§ 38 Laufzeit und Kündigung 42
§ 39 Schriftform 42
§ 40 Salvatorische Klausel 43

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen nach § 3
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen nach § 4
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	Mindestinhalte des Teilnahmeantrages Vertragsarzt
Anlage 6	Verfahrensbeschreibung zur elektronischen DMP-Datenübermittlung von der Arztpraxis zur Datenstelle
Anlage 7	nicht besetzt
Anlage 8	Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation der Versicherten und Patienteninformation
Anlage 9	Qualitätssicherung
Anlage 10	Leistungserbringerverzeichnis (ambulanter Sektor)
Anlage 11	Strukturqualität schulende Ärzte und Patientenschulungen

Erläuterungen

- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „COPD“ ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „DFÜ“ ist die Datenfernübertragung.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „DMP-Fall“: Ein DMP-Fall umfasst den Zeitraum von der Einschreibung (lfd. Nr. 19 in Verbindung mit der lfd. Nr. 21 mit dem Kürzel „ED“ des Statusdatensatzes) bis zur Beendigung der Teilnahme am DMP (vgl. § 16 Abs. 3) für denselben Versicherten bei derselben Krankenkasse im selben DMP.
- „EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.
- „Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche für die DMP-Teilnahme des Patienten erstellt wird.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union.
- „Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „GOP“ ist die Gebührenordnungsposition.
- „HBSNR“ ist die Haupt-Betriebsstättennummer.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum.
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

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

PRÄAMBEL

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ist eine ab dem mittleren Erwachsenenalter häufig auftretende Erkrankung. Für die COPD ist eine chronische Entzündung und oft fortschreitende Verengung der Atemwege sowie Zerstörung des Lungengewebes (Lungenparenchym) charakteristisch. Sie ist gekennzeichnet durch eine hohe Krankheitslast und zählt weltweit zu den führenden Todesursachen.[1]

Der Patient kann bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf entscheidend beeinflussen. Dadurch verbessert sich die Prognose erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Die Behandlung von Patienten mit COPD soll durch dieses Disease-Management-Programm (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.

Der Vertrag berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird, und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfindet.

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

[1] Robert Koch-Institut 2017

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

(1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP COPD in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). 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) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität sollen durch dieses DMP erreicht werden. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.

(3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Nummer 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)
  - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag
  - einer raschen Progredienz der Erkrankung

  bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie
- Reduktion der COPD-bedingten Letalität
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

a) Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVN, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen,

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 DMP-A-RL und die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (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 COPD teilnehmende Versicherte gemäß dem jeweils aktuellen Abschnitt III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte/MVZ Versicherte wegen COPD 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 MVZ, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach der Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.

(3) 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. Insofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt/teilnehmendes MVZ koordinierend tätig ist, hat er/es zusätzlich zu den Aufgaben nach § 4 Abs. 4 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 5 zu erfüllen.

(4) 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.

(5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 und 3 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 Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII

d) die Berücksichtigung der von der Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Informationsschreiben über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten

e) bei Teilnahme des Patienten an mehreren DMP die Koordination der Behandlung des Patienten in den jeweiligen Programmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der entsprechenden Dokumentationszeiträume

f) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums

g) 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

h) bei Vorliegen der unter Nummer 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 Ärzte/Leistungserbringer. Die Überweisung ist mit dem Zusatz „DMP“ zu kennzeichnen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

i) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete (möglichst am DMP COPD teilnehmende) Krankenhaus – unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur – vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

j) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
   - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln und
   - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern

k) 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 V, SGB VI und SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-k entsprechend. Der anstellende Arzt/das anstellende MVZ hat im Rahmen des

Arbeitsverhältnisses für die Beachtung dieser Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 und für Ärzte nach § 3 Abs. 3 die in der Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

(6) Für Ärzte (fachärztlich tätige Internisten), die aufgrund der bis zum 30.09.2020 gültigen 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 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 Aufgaben 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. Diese soll innerhalb eines medizinisch angemessenen Zeitraums erfolgen. Sofern länger eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln.

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

d) die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend Nummer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

e) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
   - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln und
   - 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

h) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete (möglichst am DMP COPD teilnehmende) Krankenhaus – unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur – vorzunehmen. 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 für die Beachtung dieser Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP 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 regeln die Verbände 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 regeln die Verbände 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 i. V. m. 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
Teilnahmeantrag des Arztes/MVZ

(1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich nach § 3 und/oder im fachärztlichen Versorgungssektor nach § 4 gegenüber der KVN schriftlich auf dem Teilnahmeantrag gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an diesem DMP bereit.

(2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss der Teilnahmeantrag 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, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 5 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVN kann die Teilnahme am DMP weitergeführt werden.

(3) Der Arzt/das MVZ genehmigt mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag den in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Datenstelle wechselt oder Änderungen im Datenstellenvertrag vorgenommen werden, bevollmächtigt der Arzt/das MVZ die vertragsschließenden Parteien des Datenstellenvertrages 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. das MVZ 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. dem MVZ unverzüglich schriftlich angezeigt.

(5) Mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag bestätigt der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ, dass die arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVN unverzüglich schriftlich oder elektronisch mitzuteilen.

§ 6
Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVN überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlage 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich oder elektronisch die erforderlichen Genehmigungen.

(2) Die KVN überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung(en) gemäß der Anlage 5 und 11 für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 bzw. § 4 und erteilt bei Erfüllung schriftlich oder elektronisch die erforderlichen Genehmigungen.

§ 7
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Arztes/MVZ am Behandlungsprogramm beginnt – vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme – mit dem Tag des Eingangs des Teilnahmeantrages bei der KVN, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich oder elektronisch 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 ihre hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.

(4) Die Teilnahme am DMP COPD endet mit dem im Bescheid der KVN genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.

(5) Die Teilnahme am DMP COPD endet ferner mit dem Datum der Rechtskraft des Widerrufes der Genehmigung durch die KVN, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2.

(6) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(7) 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 Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen.

§ 8
Leistungserbringerverzeichnisse

(1) Die KVN führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie am DMP COPD teilnehmen oder teilgenommen haben. Die KVN stellt den Vertragspartnern und der Datenstelle nach § 21 ein jeweils aktuelles Verzeichnis in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) in der Regel wöchentlich gemäß Anlage 10 zur Verfügung. Sofern die Teilnahme des Arztes am DMP oder eine erteilte Genehmigung innerhalb dieses DMP verändert bzw. beendet wurde, werden die entsprechenden personenbezogenen Daten für die letzten vollständigen sieben Kalenderjahre nach Ausscheiden aus dem DMP oder dem Ende bzw. der Änderung der Genehmigung im Verzeichnis gelistet und entsprechend übermittelt. Danach sind die Daten entsprechend der jeweils geltenden Fristen zu löschen.

(2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der am DMP COPD teilnehmenden und ausgeschiedenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Näheres zur Form und zu den Inhalten regeln die Verbände im stationären Rahmenvertrag beziehungsweise in den Verträgen mit Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird bei Veränderungen der

KVN in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) zur Information der an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.

(3) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 werden dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Verbände zur Verfügung gestellt. Außerdem erhalten die Leistungserbringerverzeichnisse bei Bedarf:

- die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und MVZ durch die KVN
- die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen durch die Verbände
- die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten (z. B. bei Neueinschreibung) durch die jeweilige Krankenkasse
- die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse

(4) Ein Leistungserbringerverzeichnis mit aktuell am Programm teilnehmenden Ärzten kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden. Der Arzt erklärt sich mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag gemäß Anlage 5 mit der Veröffentlichung seiner Daten im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 10 einverstanden.

Abschnitt III
Versorgungsinhalte

§ 9
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

(1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 11 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ verpflichten sich, 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) Die Ärzte/MVZ werden nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich von der KVN über die eingetretenen Änderungen informiert. Gleichsam verpflichten sich die Ärzte/MVZ, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.

Abschnitt IV
Qualitätssicherung

§ 10
Grundlagen und Ziele

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

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 und Anlage 12 der DMP-A-RL
- aktive Teilnahme der Versicherten

§ 11
Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 9 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte durch die Krankenkassen bzw. deren Dienstleister
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte durch die Gemeinsame Einrichtung mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte
- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlagen 1, 2 und 11 durch die KVN

- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen
- Information der Ärzte durch die KVN

(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-Patienten-Verhältnisses ohne Abstimmung mit dem DMP-Arzt nicht eingreifen.

(4) Die Krankenkassen informieren die KVN auf Nachfrage über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 3 und stellen ggf. verwendetes Informationsmaterial und Musterschreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.

(5) Zur Auswertung der in Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten 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 der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12
Verstoß gegen die Ziele des DMP COPD

(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 MVZ gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

a) keine Vergütung für unvollständige, unplausible und/oder nicht fristgerecht übermittelte 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 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner kann ein Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN erfolgen. Die Genehmigung kann für einen

bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte).

d) Hält der Arzt/das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL erfüllt sind:

a) Vollendung des 18. Lebensjahres und Erfüllung der speziellen Voraussetzungen gemäß Nummer 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL

b) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose COPD durch den DMP-Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 8)

c) die schriftliche oder elektronische[2] Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten

d) die umfassende, schriftliche oder elektronische Information des Versicherten über
- die Programminhalte
- die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere auch 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 § 25 Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können
- die Aufgabenverteilung zwischen den Versorgungsebenen und die Versorgungsziele
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme
- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung
- seine Mitwirkungspflichten
- die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme an dem Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten

(2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

(3) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den DMP Asthma und COPD ist <u>nicht</u> möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat in Abhängigkeit vom

[2] wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt

Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig eingestufte DMP zu erfolgen.

(4) Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP COPD 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 i. V. m. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 4 bei einem DMP-Arzt einschreiben.

(2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise schriftlich oder elektronisch umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8. Die KVN erhält auf Anfrage von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen zur Information vorab Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

(3) Wenn der Versicherte die Teilnahmevoraussetzungen mehrerer der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern dies nach Maßgabe der DMP-A-RL nicht ausgeschlossen ist. 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 DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:

a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose COPD durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der DMP-A-RL. Insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 11 der 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 der 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 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen DMP-Arzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen indikationsüber- greifend denselben DMP-Arzt wählen.

(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 Absatz 4 erstellt und übermittelt werden.

(7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

(8) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15
Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 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 schriftlich oder elektronisch[3] in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

[3] wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt

§ 16
Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt – vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse – mit dem Tag, an dem das letzte plausibel und vollständig ausgefüllte 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“) i. V. m. 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

a) der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach §137g Abs. 3 SGB V

b) des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung

c) des Kassenwechsels

d) der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung

e) der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind

f) des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV

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

(4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17
Wechsel des DMP-Arztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln.

(2) Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der 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 dem neuen Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18
nicht besetzt

Abschnitt VI
Arztinformation, Fortbildungen und Patientenschulungen

§ 19
Information und Fortbildungen der Ärzte

(1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte des DMP COPD. Die Verbände stellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein DMP-A-RL-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 dem Teilnahmeantrag gemäß § 5 dieses Vertrages.

(2) 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.

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

§ 20
Patientenschulungen

(1) Jeder teilnehmende Versicherte und ggf. dessen Bezugs-/ Betreuungsperson erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Im Rahmen dieses DMP werden die in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen, vom BAS für verwendungsfähig erklärten Auflage und Format eingesetzt. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

(2) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages, einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

(3) Zur Schulung der Patienten berechtigt sind Ärzte, die gemäß Anlage 11 die Strukturqualität gegenüber der KVN nachgewiesen haben.

Abschnitt VII
Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21
Datenstelle

(1) Die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:

a) Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL

b) Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP- A-RL

c) Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten

d) Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung

e) Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle

f) Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN

g) Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31

h) Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle

i) Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der 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 oder Vereinbarungen nach Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X.

(2) Der Teilnahmeantrag des Arztes 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 12 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen sowie unvollständige oder unplausible Angaben nachzufordern,

b) die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der 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 teilnehmenden DMP-Ärzten 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-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Nummer 2 der Anlage 11 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Nummer 4 der Anlage 11 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

(2) Dokumentationen sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

§ 23
Datenfluss

(1) Durch seinen Teilnahmeantrag verpflichtet sich der DMP-Arzt, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL 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 plausibel und vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) vom Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter vorliegt. Zugleich verpflichtet sich der Arzt, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine individuelle, nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"-"9") bestehen darf.

(1a) Beleglose Dokumentationen sind mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle zu übermitteln. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von DMP 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).

(2) Der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter willigt einmalig schriftlich oder elektronisch durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu erhebenden Daten ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein unterschriebenes Exemplar der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden. Die in Anlage 9 genannten Maßnahmen bleiben hiervon unberührt.

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

(4) Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der jeweils geltenden Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 DMP-A-RL.

§ 25
Datenaufbewahrung und -löschung

(1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP-Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten 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 Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß § 5 DMP-A-RL 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 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 12 der DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.

(3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.

(4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der 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

(1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN und der Gemeinsamen Einrichtung archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

(2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.

(3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt IX
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL 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 Anlage 9 weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 EU-DSGVO die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Absatz 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 § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1c 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

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 der Vereinbarung 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 2 i. V. m. Anlage 12 der 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 versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL

c) die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL

d) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 S. 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL

e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Abschnitt X
Evaluation

§ 33
Evaluation

(1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 S. 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 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 zeitnah 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 den Krankenkassen und der 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 aufgrund dieses Vertrages, auch fachgruppen- und leistungsbezogen, und werden über ggf. notwendige gesamtvertragliche Konsequenzen verhandeln.

(4) 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.

(5) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 3 dieses Vertrages erhalten folgende zusätzliche extrabudgetäre Vergütungen:

Erstberatung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle	25,00 €	**GOP 99560**
Folgeberatung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 €	**GOP 99561**

(6) Die Erstberatung (**GOP 99560**) ist einmalig je Versicherten zu Beginn der DMP-Teilnahme abrechnungsfähig. Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Folgedokumentationen (**GOP 99561**) 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 wird pro Versicherten und zwei Quartalen höchstens eine Dokumentation vergütet.

(7) Basis für die Auszahlung der o. g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle (§ 21) an die KVN gelieferten Abrechnungsdaten. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o. a. Leistungen sind in den o. g. Vergütungen enthalten. Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL, 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 § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a RSAV zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums. Darüber hinaus besteht nach § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV eine Korrekturfrist von sechs Wochen (42 Tage) 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. Eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.

(8) 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 12,00 € außerhalb der Gesamtvergütung einmalig je DMP-Patient gezahlt (**GOP 99562**).

(9) Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den DMP-Arzt nach § 3 erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche Qualitätssicherungspauschale in Höhe von 11,00 € je eingeschriebenem Versicherten, wenn er für vier aufeinanderfolgende Quartale alle vorgesehenen Dokumentationen gültig erstellt und an die Datenstelle übermittelt hat. Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall sind vier Dokumentationen und bei einem halbjährlichen Intervall sind zwei Dokumentationen vorgesehen. Der Anspruch entsteht jeweils einmal nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung (**GOP 99563**).

(10) Der Arzt/das MVZ nach § 4 erhält nach Einschreibung in das DMP eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 20,50 € im Krankheitsfall für die pneumologische Behandlung und Diagnostik gemäß der Nummer 1.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL einschließlich Berichterstellung mit den zur Dokumentation notwendigen Daten für den DMP-Arzt nach § 3 (**GOP 99564**).

(11) 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 gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL dokumentiert wurde, eine zusätzliche Pauschale in Höhe von 9,50 € einmalig je DMP-Fall (**GOP 99568**).

(12) Die KVN ist berechtigt, von den vereinbarten Vergütungen den jeweils aktuell gültigen Verwaltungskostensatz gegenüber den abrechnenden Ärzten in Abzug zu bringen.

(13) 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.

(14) Die KVN rechnet die Vergütung mit den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ab. Die Leistungen werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 (Gebührenordnungsnummernebene) erfasst und separat ausgewiesen.

§ 35
Vergütung der Patientenschulungen

(1) Die in Absatz 2 gelisteten Patientenschulungen können von Ärzten/MVZ nach §§ 3 und 4 dieses Vertrages abgerechnet werden, wenn und soweit die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt sind und eine Genehmigung zur Abrechnung durch die KVN erteilt wurde.

(2) Die Schulungen werden wie folgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen honoriert und über die KVN abgerechnet. § 34 Abs. 12 und 14 gelten entsprechend.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	GOP
COBRA (Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem bzw. AFBE = Ambulantes Fürther Schulungs-programm für Patienten mit chronisch obstruk-tiver Bronchitis und Lungenemphysem)	Gruppen-schulung für 4 bis 8 Patienten	6 Unterrichts-einheiten zu je 60 Minuten	22,50 € pro Unterrichts-einheit	**99565**
COBRA – Zuschlag		Einmalig zur 6. Unterrichts-einheit (Schulungs-abschluss) der Schulung gemäß 99565	13,50 €	**99565Z**
COPD-Patienten-schulung **ATEM**	Gruppen-schulung für maximal 8 Patienten	4 Unterrichts-einheiten zu je 90 Minuten	36,00 € pro Unterrichts-einheit	**99567**
ATEM – Zuschlag		Einmalig zur 4. Unterrichts-einheit (Schulungs-abschluss) der Schulung gemäß 99567	14,40 €	**99567Z**
Nachschulung mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme	Einzel- oder Gruppen-schulung für maximal 10 Patienten	Mindestens 60 Minuten, maximal 1 x im Krankheitsfall	22,50 € pro Unterrichts-einheit	**99566**
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient		9,50 € pauschal	**99569**

(3) Nach diesem Vertrag können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine bereits erfolgte Teilnahme an einem ambulant oder stationär durchführten Schulungsprogramm bzw. einer Schulungsmaßnahme sind soweit bekannt zu berücksichtigen. Es darf grundsätzlich nur eines der Schulungsprogramme nach Absatz 2 bei demselben Patienten durchgeführt und abgerechnet werden.

(4) Die Patientenschulungen können auch im Videoformat durchgeführt werden, sofern sie vom BAS dafür zugelassen sind. Die Regelungen des § 4 Abs. 3a DMP-A-RL sowie die Vorgaben des jeweiligen Curriculums, insbesondere hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements, sind zu berücksichtigen. Sofern eine Unterrichtseinheit einer Patientenschulung im Videoformat erfolgt, ist neben der entsprechenden Schulungs-GOP zusätzlich die **GOP 99095** zur Kennzeichnung anzugeben. Bei einer Patientenschulung im Videoformat handelt es sich nicht um eine Videosprechstunde im Sinne der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä).

(5) Falls erforderlich, ist eine Nachschulung des Versicherten möglich. Die Nachschulung ist frühestens ein Jahr nach Ende des jeweiligen Schulungsprogramms abrechenbar.

(6) Eine Wiederholung der Schulungsprogramme nach Absatz 2 ist grundsätzlich ausgeschlossen. Falls aus medizinischen Gründen erforderlich, ist die Wiederholung des Schulungsprogramms nur mit Genehmigung der Krankenkasse möglich.

(7) Die KVN sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten/MVZ 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 allgemeinen Strafrecht ist sicherzustellen.

(2) Die Ärzte/MVZ verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften 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/MVZ – 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 in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

§ 38
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.10.2020. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bereits am Vorvertrag teilnehmende Versicherte und Ärzte müssen sich nicht erneut in das DMP einschreiben. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.

(2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die durch eine nachfolgende Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte seitens der KVN in geeigneter Form informiert.

(3) Bei einer Wiederzulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.

(4) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei der Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS oder festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 24 Abs. 2, der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs 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.

(5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis VIII) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Versorgungssituation von COPD-Patienten sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 39
Schriftform

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

§ 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 dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover/Dresden/Kassel, den _____

_____
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

_____
AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

_____
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

_____
IKK classic

_____
SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

_____
KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

_____
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Niedersachsen -