

VERTRAG

**gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V
über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP)
zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-2-Diabetikern**

in Kraft ab 01.07.2020

zwischen

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

vertreten durch die Vorstände

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Schillerstr. 32, 30159 Hannover

(nachfolgend „Verbände“ genannt)

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)

Berliner Allee 22, 30175 Hannover

vertreten durch den Vorstand

Inhaltsverzeichnis

PRÄAMBEL	6
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich	7
§ 1 Ziele der Vereinbarung	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 bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (DSP/DFA).....	11
§ 4a Krankenhäuser	12
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen.....	12
§ 5 Teilnahmeerklärung des Arztes/MVZ.....	13
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	14
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	15
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse	16
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 Programms.....	19
Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten	20
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen.....	20
§ 14 Information und Einschreibung	21
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	22
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme.....	22
§ 17 Wechsel des DMP-Arztes	23
§ 18 unbesetzt.....	23
Abschnitt VI Schulungen und Informationen	24
§ 19 Leistungserbringer	24
§ 20 Versicherte	25

Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle & deren Aufgaben	26
§ 21 Datenstelle	26
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen	27
§ 23 Datenfluss	27
§ 24 Datenzugang	28
§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung	29
Abschnitt VIII Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen	
Einrichtung	30
§ 26 Datenfluss	30
§ 27 Datenzugang	30
§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung	30
Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung	31
§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	31
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	31
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	31
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	32
Abschnitt X Evaluation	33
§ 33 Evaluation.....	33
Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung	34
§ 34 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.....	34
§ 35 Vergütung der Schulungen	36
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

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen nach § 3 (DMP-Arzt)
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen nach § 4
Anlage 3	Besondere Vergütungen für Ärzte nach § 4 i. V. m. Anlage 2 Anhang zu Anlage 3: Individualisierte Intervention
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	Mindestinhalte Teilnahmeerklärung 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/Patientenschulungen

Erläuterungen

- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „DFÜ“ ist die Datenfernübertragung.
- „DM 1“ ist der Diabetes mellitus Typ 1.
- „DM 2“ ist der Diabetes mellitus Typ 2.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „DSP“ ist die Diabetologische Schwerpunktpraxis.
- „DFA“ ist die Diabetologische Fußambulanz.
- „DMP-Fall“: Ein DMP-Fall umfasst den Zeitraum von der Einschreibung (Ifd. Nr. 19 in Verbindung mit der Ifd. 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.
- „DMP-Vertragskommission“ ist die Vertragskommission im Sinne der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung.
- „Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme des Patienten erstellt wird.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union.
- „Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation.
- „G-BA“ ist der Gemeinsamen 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 Medizinisches Versorgungszentrum.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts.

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer 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

Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) tritt vor allem im höheren Lebensalter auf und ist mit Übergewicht und mangelnder Bewegung assoziiert.¹ Die Erkrankung stellt jedoch nicht nur erhebliche Anforderungen an die Patienten selbst und deren Angehörige, sondern verursacht durch die hohe Prävalenz und die benötigten Gesundheitsressourcen insbesondere hohe soziale und ökonomische Kosten. In diesem Zusammenhang besteht somit zugleich eine gesellschaftliche als auch eine wirtschaftliche Herausforderung.² Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des DM 2 zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, eine qualifizierte Schulung und Betreuung sowie eine individualisierte Therapie die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöhen und die Behandlungskosten reduziert werden können. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit DM 2 unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals und spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung, insbesondere in der zweiten Versorgungsebene, die durch die Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) bzw. durch die Diabetologische Fußambulanz (DFA) sichergestellt wird.

Die Behandlung von Patienten mit DM 2 soll daher durch ein Disease-Management-Programm (DMP) nach § 137f SGB V weiter optimiert werden. Folglich schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V.

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.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in ihrer jeweils gültigen Fassung.

¹ Jacobs, E./Rathmann, W. (2019), S. 9 in DDG (2019): Deutscher Diabetesbericht 2019, S. 9-20.

² Linnenkamp, U. et al. (2019), S. 21 in DDG (2019): Deutscher Diabetesbericht 2019, S. 21-29.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP DM 2 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 DM 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der Hausarzt spielt als DMP-Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung.
- (2) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten 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 genannt in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Nummer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - a) Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z. B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen
 - b) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
 - c) Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie)
 - d) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) Ärzte/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 sowie die diese ergänzenden Regelungen der RSAV. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für DM 2 teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte und MVZ Versicherte wegen DM 2 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 Anlage 1 Nr.1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen teilnahmeberechtigt sind diabetologisch qualifizierte Fachärzte und MVZ mit entsprechend qualifizierten Fachärzten, sofern diese von Patienten gewählt wurden, die bereits dauerhaft vor Einschreibung in das Programm durch diesen Arzt betreut wurden. Eine diabetologische Qualifikation in diesem Sinne liegt vor, wenn die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 Nr. 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllt sind.
- (4) Teilnahmeberechtigt im Sinne des Absatzes 2 sind auch fachärztlich tätige DSP und MVZ mit der entsprechenden Qualifikation, die die Anforderungen der Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen (DSP bzw. DFA genannt), für die Patienten, die bei Inkrafttreten dieses Vertrages bereits kontinuierlich von Ärzten der DSP als eigene Patienten in der Funktion des Hausarztes betreut werden.
- (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 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 Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII

- d) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
- e) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVN nachgewiesen ist
- f) die Überweisung an andere Ärzte gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 1 DMP-A-RL. Die Überweisung ist mit dem Zusatz „DMP“ zu kennzeichnen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- g) das Führen des Diabetespasses
- h) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern und
- i) bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus vorzunehmen. Vor Einweisung in das Krankenhaus kann zur Abklärung der Einweisungsindikation gemäß Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL eine Zweitmeinung des diabetologisch qualifizierten Sektors eingeholt werden. Notfallindikationen und schwere bedrohliche Stoffwechsellagen sind von der Zweitmeinung ausgenommen. Hier kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen.

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

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

- (7) Soweit Krankenhäuser gemäß § 4a vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, soll im Falle stationärer Behandlungsbedürftigkeit eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen Krankenhäuser erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (DSP/DFA)

- (1) Die Beteiligung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche bzw. diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte und MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
 - a) die 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) kontinuierliches Komplettangebot und Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVN nachgewiesen ist, verbunden mit dem Vorhalten aller Therapiekonzepte inkl. einer Hypertonieschulung
 - d) die Überweisung per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer entsprechend Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 - e) Bei Einbindung anderer Leistungserbringer sind
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse 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 von 2 Monaten nach dem ersten Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von vier Monaten, erfolgen.
 - g) die Übermittlung therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation an den DMP-Arzt nach § 3

- h) bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus vorzunehmen.

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 DMP-A-RL Sorge zu tragen.

- (4) Soweit Krankenhäuser gemäß § 4a vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, soll im Falle stationärer Behandlungsbedürftigkeit eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen Krankenhäuser erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

§ 4a

Krankenhäuser

- (1) Für stationäre Einweisungen von DMP-Patienten aufgrund der Diagnose DM 2 werden Krankenhäuser vertraglich eingebunden. Die Teilnahme eines Krankenhauses ist freiwillig. Die Teilnahme beinhaltet die Verpflichtung des Krankenhauses, dass DMP-Patienten entsprechend der DMP-A-RL behandelt werden. Näheres ist in den hierzu geschlossenen Verträgen zur Einbeziehung der stationären Krankenhausbehandlung in das DMP DM 2 geregelt.
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen 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 DMP-A-RL, 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 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 des Arztes/MVZ

- (1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich unter Angabe der Funktion als DMP-Arzt nach § 3 und/oder im fachärztlichen bzw. diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor nach § 4 gegenüber der KVN schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an diesem DMP bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, 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 der Teilnahmeerklärung den für ihn von den Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 21 Abs. 2. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt/das MVZ die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle 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 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. Leiter des MVZ unverzüglich schriftlich angezeigt.
- (5) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und (neben-)betriebsstätten bezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVN erteilt den gemäß § 3 teilnehmenden Ärzten/MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag als DMP-Arzt, wenn diese die in der Anlage 1 und/oder Anlage 2 sowie Anlage 11 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Darüber hinaus erteilt die KVN auf Antrag die formale Anerkennung für gemäß § 4 teilnehmende Ärzte als DSP in Niedersachsen. Die Anerkennung als DSP kann in begründeten Fällen auf Zeit oder auf Dauer widerrufen werden.
- (2) DSP mit einer Anerkennung nach Absatz 1 Satz 2 können zusätzlich die Anerkennung DFA beantragen. Über die Anträge, den Widerruf sowie die Rücknahme einer erteilten Anerkennung als DFA entscheidet die KVN. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Erfüllung der in Anlage 2 genannten Voraussetzungen gegenüber der KVN nachgewiesen ist. Es gelten die Verfahrensregelungen gemäß Absatz 1 analog.
- (3) Der Nachweis der Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes in der Diabetologie wird durch Weiterbildungszeugnisse erbracht. Bestehen – trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen – begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Vertragsärzten nach § 4, ist erforderlichenfalls die Genehmigung zur Teilnahme an dem Vertrag von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig. Die Durchführung des Kolloquiums erfolgt durch die Diabeteskommission (Absatz 4). Das Gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu diesem Vertrag eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die geforderten diabetes-spezifischen Fortbildungen gemäß Anlage 2 (Strukturvoraussetzungen - Abschnitte „Ärztliche Fortbildung“) können durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden.
- (4) Die KVN bildet aus ihrer Selbstverwaltung eine ärztlich besetzte Diabeteskommission. Diese Kommission dient der Qualitätssicherung und hat insbesondere die Aufgabe, bei Anträgen auf Teilnahme an diesem Vertrag oder Anerkennung als DSP/DFA die fachliche Befähigung des antragstellenden Arztes aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen zu prüfen und/oder durch ein Kolloquium die Entscheidung der KVN vorzubereiten. Sie unterstützt die KVN hinsichtlich medizinischer Fragestellungen auf Anforderung. Die Vertragspartner können die Diabeteskommission beauftragen, die Erfüllung der strukturellen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen diesem Vertrag entsprechen (Praxisbegehung).

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes/MVZ am Behandlungsprogramm beginnt – vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme – mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVN bestätigt.
- (2) Der Arzt/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/MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.
- (5) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich 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 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 Ärzte gemäß §§ 3 und 4. Die KVN stellt den Vertragspartnern ein jeweils aktuelles Verzeichnis in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) in der Regel wöchentlich gemäß Anlage 10 zur Verfügung.
- (2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und der nach § 4b teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen. Näheres zur Form und zu den Inhalten der Verzeichnisse regeln die Verbände im stationären Rahmenvertrag beziehungsweise in den Verträgen mit Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden bei Veränderung der KVN in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmerverzeichnis nach Absatz 1 wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung gestellt. Außerdem erhalten die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Ärzte, MVZ und die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft über die KVN
 - die Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände
 - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten bei Bedarf (z. B. bei Neueinschreibung) durch die jeweilige Krankenkasse
 - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse
 - die Datenstelle nach § 21 durch die KVN und die Verbände
- (4) Das Teilnehmerverzeichnis nach Absatz 1 kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden. Der Arzt erklärt sich mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung 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 1 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ verpflichten sich, durch ihre Teilnahmeerklärung bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5 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) entfalten, unverzüglich durch die 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 relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 1 der DMP-A-RL
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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 entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle, ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln
- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 bis 2 und Anlage 11 durch die KVN
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der 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-Patienten-Verhältnisses ohne Abstimmung des DMP-Arztes nicht eingreifen.
- (4) Die Krankenkassen informieren die KVN 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 versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 8 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 Programms

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Ärzte gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt der Arzt/das MVZ gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) keine Vergütung für unvollständige/unplausible und/oder verspätete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung
 - b) schriftliche Aufforderung durch die KVN, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. nicht fristgerechte bzw. keine 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 eines DMP-Arztes entscheidet die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

Abschnitt V
Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3 der Anlage 1 DMP-A-RL erfüllt sind:
- a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL und Erfüllung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL
 - b) die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten und die umfassende auch schriftliche Information der Versicherten über
 - die Programminhalte
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere auch darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogrammes 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 am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden nicht in dieses strukturierte Behandlungsprogramm aufgenommen.
- (4) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an den Programmen DM 1 und DM 2 ist nicht möglich.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) DMP-Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 3 bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL i. V. m. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8. Die KVN erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Kassen zur Information vorab Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in dieses DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
 - a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung; insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3.1 der Anlage 1 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 der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL durch den DMP-Arzt
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen DMP-Arzt betreut wird.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. 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 3 erstellt und übermittelt werden.

- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 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 gemäß 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 DMP beginnt – vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse – mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 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) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 - a) der Aufhebung oder 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 nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-ARL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind
- f) bei Wegfall 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 schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 17

Wechsel des DMP-Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines DMP-Arztes.
- (3) Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen Arzt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

unbesetzt

Abschnitt VI

Schulungen und Informationen

§ 19

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/das MVZ gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte dieses DMP DM 2. Die Verbände erstellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein entsprechendes, den Richtlinien des G-BA konformes Arztmanual. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/das MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit, ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 und 2 hinausgehenden Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung/Qualitätszirkel teilnahmeberechtigter Ärzte/MVZ.
- (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 Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß Anlage 11 die Strukturqualität gegenüber der KVN nachgewiesen haben. Der § 6 des Vertrages gilt entsprechend.

§ 20

Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms und die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die KVN erhält zur Information vorab die von den teilnehmenden Kassen verwendeten Patienteninformatio-
nen als Muster (§ 14 Abs. 2).
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgrup-
penspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulun-
gen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsver-
laufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schu-
lungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur
qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages,
einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL sowie der diese ergänzenden
Regelungen der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden die in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme in
der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt. Weitere
Schulungsprogramme können zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden, wenn für
diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

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) die Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - b) die Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - c) die Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL 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 8 der DMP-A-RL an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung
 - e) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle
 - f) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN
 - g) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 31
 - h) die Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle
 - i) die Erstellung und Weiterleitung von plausiblen Daten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des DMP-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 8 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
 - b) die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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 bereits 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 8 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der Anlage 1 zur DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Ziffer 4 der Anlage 1 zur 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 seine Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der DMP-Arzt, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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 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 dürfen mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle übermittelt werden. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von DMP zertifiziert ist. Bei der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen 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 durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8 in die Übermittlung der im Rahmen des DMP zu erhebenden Daten ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer unterschriebener Ausdruck verbleibt beim DMP-Arzt.
- (3) Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der DMP-Arzt auf Anforderung und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ein Exemplar des von ihm unterschriebenen Dokumentationsbogens der jeweiligen Krankenkasse im verschlossenen Umschlag zur Weitergabe an die Prüfbehörde zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält der DMP-Arzt das Exemplar zurück. Die dem Arzt tatsächlich entstandenen Sachkosten werden dem Arzt durch die anfordernde Krankenkasse erstattet.

§ 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. Anlage 8 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 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 8 der DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Archivierung der Datensätze der Dokumentationen einschließlich der für die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme erforderlichen personenbezogenen Daten erfolgt gemäß der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Gemäß § 5 Abs. 4 der 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 8 der DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN 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-RL in der jeweils gültigen Fassung.

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 8 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 den 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 im Sinne des § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser 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 versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in dem gesonderten Vertrag der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben. Die Qualitätssicherung umfasst insbesondere:
- a) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - d) die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V. mit § 6 DMP-A-RL
 - e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 EU-DSGVO die Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben unter Beibehaltung der Kernaufgaben. 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 S. 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der 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 dieser Vereinbarung, auch fachgruppen- und leistungsbezogen, und werden über ggf. notwendige gesamtvertragliche Konsequenzen verhandeln.
- (4) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 3 dieser Vereinbarung 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 99500
Folgeberatung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 €	GOP 99501

- (5) Basis für die Auszahlung der Vergütungen nach Abs. 4 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, die vollständig, plausibel und fristgemäß gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL 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.

- (6) Augenärzte, die aufgrund einer Überweisung des DMP-Arztes gemäß § 3 Abs. 6 Buchstabe f) eine Funduskopie durchführen und einen Bericht an den Überweiser senden, erhalten für diese DMP-Teilnehmer 1x jährlich einen Zuschlag von **1,00 € (GOP 99520)** auf die Grundpauschalen GOP 06210-06212 EBM.
- (7) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 4 dieser Vereinbarung, welche eine Anerkennung als DSP/DFA durch die KVN erhalten haben, erhalten die gemäß Anlage 3 vereinbarten zusätzlichen Vergütungen.
- (8) 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 und ggf. entsprechend anzupassen.
- (9) 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.
- (10) Die KVN rechnet die Vergütung mit den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumen ab. Die Leistungen werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 (Gebührenordnungsnummernebene) erfasst und separat ausgewiesen.
- (11) Die KVN ist berechtigt, von den vereinbarten Vergütungen den jeweils aktuell gültigen Verwaltungskostensatz gegenüber den abrechnenden Ärzten in Abzug zu bringen.

§ 35

Vergütung der Schulungen

- (1) Die in Absatz 6 und Anlage 11 gelisteten Patientenschulungen können von Ärzten/MVZ nach § 3 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 Vergütungen der Patientenschulungen durch Ärzte/MVZ nach § 4 dieses Vertrages, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 2 bzw. Anlage 11 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben, sind in Anlage 3 geregelt.
- (3) Die Vertragspartner können einvernehmlich Abrechnungsberechtigungen für Schulungsprogramme nach Absatz 2 i. V. m. Anlage 3 für qualifizierte DMP-Ärzte nach § 3 erteilen, wenn in Regionen Niedersachsens keine DSP vorhanden sind. Die Beschlussfassungen erfolgen durch die DMP-Vertragskommission der Gemeinsamen Einrichtung.
- (4) Die Abrechnung der Patientenschulungen bedarf der Genehmigung durch die KVN. Es gilt § 34 Abs. 10 und 11 entsprechend. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte/des MVZ ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (5) Die Durchführung der Schulungsprogramme nach Absatz 6 kann über eine Schulungsgemeinschaft erfolgen. Schulungsgemeinschaften sind von der KVN anerkannte Gemeinschaftseinrichtungen von Ärzten mit Schulungsberechtigung für die in Absatz 6 genannten Programme, die dem Zweck dienen, Patientenschulungen zu erbringen. An den Schulungsmaßnahmen dürfen nur Patienten von Ärzten teilnehmen, die Mitglieder der Schulungsgemeinschaften sind. Der Arzt/das MVZ, für dessen Patient diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gegenüber der KVN ab.
- (6) Folgende Vergütungen für Schulungsprogramme bzw. -maßnahmen sind im Rahmen des DMP DM 2 vereinbart:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	GOP
ZI-Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	4 bis 10 Patienten	4 Doppelstunden (in wöchentlichem Abstand)	13,50 € pro Einheit	99510
Zuschlag zur 4. Doppelstunde (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99510			6,00 €	99510Z
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4 bis 6 Patienten; Typ-2-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	4 Doppelstunden	25,- € pro Einheit	99514

ZI-Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie ; behandelt von M. Grüßer et al.	4 bis 6 Patienten; Typ-2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 Doppelstunden	25,- € pro Einheit	99515
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass		Sachkosten, einmal je Teilnehmer und Schulungsprogramm	9,50 €	99519
Nachsichtung mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (maximal 2x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	als Einzel- oder Gruppenschulungsmaßnahme (max. 10 Patienten)	Mindestens 45 Minuten	12,50 €	99516
Nachsichtung mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (maximal 1x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	als Einzel- oder Gruppenschulungsmaßnahme (max. 10 Patienten)	Mindestens 90 Minuten	25,- €	99517

- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- (8) Zusätzlich erforderliche Diabetes-Pässe können durch den Versicherten bei seiner zuständigen Krankenkasse bezogen werden.
- (9) Eine Wiederholung der Schulungsprogramme nach Absatz 6 ist grundsätzlich ausgeschlossen. Falls aus medizinischen Gründen erforderlich, ist die Wiederholung des Schulungsprogramms nur mit Genehmigung der Krankenkasse möglich. Die Nachschulungen sind frühestens ein Jahr nach Ende des Schulungsprogramms abrechenbar. Die Abrechnung der Nachschulungen nach **GOP 99516** und **GOP 99517** im selben Krankheitsfall ist ausgeschlossen.
- (10) Die Abrechnung der Schulungsprogramme HBSP (**GOP 99514**) und ZI-Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (**GOP 99515**) im Krankheitsfall ist ausgeschlossen.

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 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/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.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2020 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2017 in der Fassung der 2. Ergänzungsvereinbarung vom 20.12.2019. Er kann mit einer Frist von 3 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.

- (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) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS oder festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 24 Abs. 2, kann 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.
- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis VIII) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Versorgungssituation von DM-2-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 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, den _____

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen
und Sachsen-Anhalt

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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