

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-1-Diabetikern

in Kraft ab 01.07.2021

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:

Übersicht Anlagen	4
Erläuterungen	5
PRÄAMBEL	7
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich	8
§ 1 Ziele des Vertrages.....	8
§ 2 Geltungsbereich	10
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	11
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (DMP-Arzt).....	11
§ 4 nicht besetzt	13
§ 4a Krankenhäuser	13
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen.....	13
§ 5 Teilnahmeerklärung des Arztes/MVZ.....	14
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	15
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	16
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	17
Abschnitt III Versorgungsinhalte	18
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm	18
Abschnitt IV Qualitätssicherung	19
§ 10 Grundlagen und Ziele	19
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren.....	19
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	20
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.....	23
§ 17 Wechsel des DMP-Arztes	24
§ 18 nicht besetzt	24
Abschnitt VI Schulungen und Information	25
§ 19 Leistungserbringer	25
§ 20 Versicherte	26
Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben .	27
§ 21 Datenstelle	27
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen.....	28

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

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen nach § 3 Abs. 2 (DMP-Arzt)
- Anlage 2 Strukturvoraussetzungen für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen nach § 3 Abs. 4 (DMP-Arzt)
- Anlage 3 Strukturvoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 (DMP-Arzt)
- Anlage 4 Besondere Vergütungen für Ärzte nach § 3
Anhang zu Anlage 4: Individualisierte Interventionen
- Anlage 5 Mindestinhalte der 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 und 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.
- „DFA“ ist die Diabetologische Fußambulanz.
- „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 jedweden Geschlechts, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „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.
- „DSP“ ist die Diabetologische Schwerpunktpraxis.
- „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.
- „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.
- „Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- „Teilnehmer“ sind Teilnehmer jedweden Geschlechts.
- „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.

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

PRÄAMBEL

Als Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist.

Der Erkrankungsbeginn bei DM 1 tritt häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Daher ist dieser Patientengruppe ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) ist der DM 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin zu behandeln. Hierdurch ist für den Patienten eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung möglich.

Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII/Pumpentherapie) ermöglicht die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des DM 1 zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, eine qualifizierte Schulung und Betreuung sowie eine individualisierte Therapie die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten reduziert werden können. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit DM 1 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.

Die Behandlung von Patienten mit DM 1 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.

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-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP DM 1 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 1, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten 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 1.3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - a) Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie)
 - b) Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen
 - c) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen
 - d) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
 - e) Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Lipohypertrophien)

- (4) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen entsprechend Nummer 1.7.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
- a) Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie)
 - b) Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus
 - c) Altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit
 - d) Möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seiner Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

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

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

- (2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 1 teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte/MVZ Versicherte wegen DM 1 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 die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Einzelfällen können Ärzte und MVZ teilnehmen, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen oder als fachärztliche Internisten tätig sind und die die Anforderungen an die Strukturqualität und den Versorgungsbedarf nach Anlage 3 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Die Betreuung der Versicherten muss in diesem Fall in enger Kooperation mit einem am Vertrag teilnehmenden Arzt nach Absatz 2 erfolgen.
- (4) Bei Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren sollte die Koordination grundsätzlich, unter 21 Jahren fakultativ, durch einen diabetologisch qualifizierten Pädiater, der die Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen muss, erfolgen.
- (5) In Einzelfällen kann die Koordination von Kindern und Jugendlichen durch einen in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch qualifizierten Arzt, der die Strukturqualität der Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllt, erfolgen.
- (6) 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.
- (7) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 bis 5 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 und die Voraussetzungen gemäß Anlage 11 erfüllt sind
- f) bei Vorliegen der Kriterien nach Nummer 1.4 der Anlage 7 der DMP-A-RL ist eine differenzierte Therapieplanung auf Basis der individuellen Risikoabschätzung mit dem Patienten einzuleiten
- g) bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.2 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen Überweisung an andere Ärzte oder auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte/Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- h) bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 7 der DMP-A-RL genannten Indikationen soll eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus gemäß § 4a, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur, vorgenommen werden. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
- i) das Führen des Diabetes-Passes
- j) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse 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 (§ 4b) unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

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

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 bis 3 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 4
nicht besetzt

§ 4a
Krankenhäuser

- (1) Gemäß §§ 108 bzw. 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden für stationäre Einweisungen von teilnehmenden Versicherten aufgrund der Diagnose DM 1 vertraglich eingebunden. Das Nähere regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit der Krankenhausesellschaft 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

Teilnahmeerklärung des Arztes/MVZ

- (1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich unter Angabe der Funktion als DMP-Arzt nach § 3 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/der Leiter des MVZ genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn von den Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 21 Abs. 2. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle wechseln oder Änderungen im Datenstellenvertrag vornehmen möchte, bevollmächtigt der Arzt/das MVZ die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen neuen Vertrag zu schließen. Er wird in diesem Fall die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des 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-)betriebsstättenbezogenen 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 und 3 sowie Anlage 11 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Darüber hinaus erteilt die KVN auf Antrag die formale Anerkennung als Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) in Niedersachsen für teilnehmende Ärzte nach § 3 Absätze 2 und 4. Die Anerkennung als DSP kann in begründeten Fällen auf Zeit oder auf Dauer widerrufen werden.
- (2) Die DSP mit einer Anerkennung nach Absatz 1 Satz 2 können zusätzlich die Anerkennung als Diabetologische Fußambulanz (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 1 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 Ärzten, 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 diabetesspezifischen Fortbildungen 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 dieses Vertrages 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/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 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt/das 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. 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 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 Veränderungen 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 durch die KVN
 - die Rehabilitationseinrichtungen durch 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 analog des Absatzes 2
- (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 7 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 die 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 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 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL
- Einhaltung der im Vertrag 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 versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die DMP-Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte
- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 bis 3 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 mit dem DMP-Arzt 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/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 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 nach § 31 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 der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt entsprechend Anlage 7, Nummer 1.2 der DMP-A-RL und Erfüllung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7, Nummer 3.2 der DMP-A-RL
 - b) die schriftliche Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten
 - c) 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 sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) 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 DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 3 bei diesem 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 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 Nummer 1.3.1 der Anlage 7 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 nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und dieser die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des 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 schriftlich oder elektronisch 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 (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 oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte gültige 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) Im Übrigen endet die Teilnahme des Versicherten 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-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 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. 2a RSAV
- Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den DMP-Arzt 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 nach § 3 zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 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 Arzt übermittelt auf Anforderung unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

nicht besetzt

Abschnitt VI

Schulungen und Information

§ 19

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ gemäß § 3 über Ziele und Inhalte des DMP DM 1. Die Verbände erstellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein entsprechendes DMP-A-RL-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/MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Schulungen der nach § 3 teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL, ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 bis 3 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 schriftlich oder elektronisch umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie 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 Patienteninformationen als Muster (§ 14 Abs. 2).
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte und ggf. dessen Betreuungsperson erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (Anlage 11). 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.
- (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 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 vertragsschließenden Verbände und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
- a) der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - b) der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - c) der 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) der Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung
 - e) der 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) der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN
 - g) der 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) der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle
 - i) der 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 nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Nummer 2 der Anlage 7 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Nummer 4 der Anlage 7 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 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 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 (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 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 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 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. 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.

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 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 RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in 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 8 der DMP-A-RL
 - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL
 - c) die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen 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 S. 1 SGB V i. V. m. § 6 DMP-A-RL
 - e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und 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. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 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) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 3 dieses Vertrages erhalten folgende zusätzliche extrabudgetäre Vergütungen:

Erstberatung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	25,00 €	GOP 99570
Folgeberatung der Versicherten einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentationen	15,00 €	GOP 99571
Ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Instruktion nach Einschreibung in das DMP (einmalig je DMP-Patient)	11,00 €	GOP 99572

- (5) Basis für die Auszahlung der Vergütungen nach Absatz 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) 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 11,40 € 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 99573**).
- (7) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 3 dieses Vertrages erhalten entsprechend ihrer erteilten Genehmigungen die gemäß Anlage 4 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.
- (9) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Dokumentationen werden entweder quartalsweise oder jedes zweite Quartal erstellt. Pro Versichertem 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 den Anlagen 4 und 11 gelisteten Patientenschulungen können von Ärzten/MVZ nach § 3 dieses Vertrages abgerechnet werden, wenn und soweit die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf die jeweiligen Patientenschulungen erfüllt sind und eine Genehmigung zur Abrechnung durch die KVN erteilt wurde.
- (2) Die Vergütungen der Patientenschulungen sind in Anlage 4 geregelt.
- (3) Die Vertragspartner können einvernehmlich Abrechnungsberechtigungen für Schulungsprogramme nach Anlage 11 für qualifizierte DMP-Ärzte nach § 3 Abs. 3 erteilen, wenn in Regionen Niedersachsens keine DSP vorhanden sind. Die Beschlussfassungen erfolgen durch die DMP-Vertragskommission der Gemeinsamen Einrichtung.
- (4) Es gelten § 34 Abs. 10 und 11 entsprechend. Soweit eine Genehmigung der KVN zur Abrechnung der Patientenschulungen vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (5) Zusätzlich erforderliche Diabetes-Pässe können durch den Versicherten bei seiner zuständigen Krankenkasse bezogen 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 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 01.07.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2020. 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 Wiederezulassung 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-1-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, 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 -