

# 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 01.10.2023

## **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

<b>Übersicht Anlagen</b> .....	<b>4</b>
<b>Erläuterungen</b> .....	<b>5</b>
<b>PRÄAMBEL</b> .....	<b>7</b>
<b>Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich</b> .....	<b>8</b>
§ 1 Ziele des Vertrages.....	8
§ 2 Geltungsbereich .....	9
<b>Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer</b> .....	<b>10</b>
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten ärztlichen Versorgungssektors (DMP-Arzt) .....	10
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (DSP/DFA) .....	12
§ 4a Krankenhäuser .....	13
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen .....	14
§ 5 Teilnahmeantrag des Arztes/MVZ.....	14
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen .....	15
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme .....	16
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	17
<b>Abschnitt III Versorgungsinhalte</b> .....	<b>19</b>
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm .....	19
<b>Abschnitt IV Qualitätssicherung</b> .....	<b>20</b>
§ 10 Grundlagen und Ziele .....	20
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren .....	20
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des DMP DM 2.....	21
<b>Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten</b> .....	<b>22</b>
§ 13 Teilnahmevoraussetzungen.....	22
§ 14 Information und Einschreibung .....	23
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	24
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme.....	24
§ 17 Wechsel des DMP-Arztes .....	25
§ 18 unbesetzt.....	25
<b>Abschnitt VI Arztinformation, Fortbildungen und Patientenschulungen</b> .....	<b>26</b>
§ 19 Information und Fortbildungen der Ärzte.....	26
§ 20 Patientenschulungen .....	27

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

## Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen DMP-Arzt nach § 3
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen diabetologisch qualifizierter Arzt nach § 4
Anlage 3	Besondere Vergütungen für Ärzte nach § 4 i. V. m. Anlage 2 Anhang zu Anlage 3: Individualisierte Interventionen
Anlage 4	nicht besetzt
Anlage 5	Mindestinhalte Teilnahmeantrag 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 des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt i. S. d. § 3, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „DMP-Fall“: Ein DMP-Fall umfasst den Zeitraum von der Einschreibung (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.
- „EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.
- „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.

§§, 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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 nicht-ärztlichen 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.

---

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

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

**Abschnitt I**  
**Ziele, Geltungsbereich**

**§ 1**  
**Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP DM 2 in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit DM 2, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen, gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der 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 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) Dieser Vertrag 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 und die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für DM 2 teilnehmende Versicherte gemäß dem jeweils aktuellen Abschnitt 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) Darüber hinaus sind Ärzte/MVZ mit der Anerkennung als DSP nach § 4, die die Anforderungen der Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen, teilnahmeberechtigt. Diese können im Sinne des Absatzes 2 die Koordination von Typ-2-Diabetikern übernehmen. Dies gilt insbesondere für solche Patienten, die bereits vor der Einschreibung bei diesen Ärzten in Dauerbehandlung betreut wurden. Insofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt/MVZ koordinierend tätig ist, hat er zusätzlich zu den Aufgaben nach § 4 Abs. 4 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 6 zu erfüllen.
- (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 Aufgaben der nach Absatz 2 bis 4 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 Berücksichtigung der von der Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Informationsschreiben über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten
- e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
- f) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVN nachgewiesen ist
- g) die Überweisung an andere Ärzte gemäß Nummer 1.8.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL. Die Überweisung ist mit dem Zusatz „DMP“ zu kennzeichnen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- h) das Führen des Diabetespasses
- i) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln
  - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern und
- j) bei Vorliegen der unter Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete (möglichst am DMP DM 2 teilnehmende) Krankenhaus – unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur – vorzunehmen. Vor Einweisung in das Krankenhaus kann zur Abklärung der Einweisungsindikation gemäß Nummer 1.8.3 der Anlage 1 der 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.
- k) soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.

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

Arbeitsverhältnisses für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV 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.

## **§ 4**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (DSP/DFA)**

- (1) Die Beteiligung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die 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 Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:
  - a) die Mit- und Weiterbehandlung unter der Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte soll innerhalb eines medizinisch angemessenen Zeitraums erfolgen. Sofern länger eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln.
  - b) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
  - c) 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
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. zur medikamentösen Therapie, zu übermitteln und
  - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern
- f) Die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt zur Dokumentation nach diesem Vertrag soll in der Regel innerhalb von 2 Monaten nach dem ersten Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von 4 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 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete (möglichst am DMP DM 2 teilnehmende) Krankenhaus – unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur – 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 und der RSAV Sorge zu tragen.

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

#### **§ 4a**

##### **Krankenhäuser**

- (1) Gemäß §§ 108 bzw. 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser werden für stationäre Einweisungen von teilnehmenden Versicherten aufgrund der Diagnose DM 2 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 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 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**

### **Teilnahmeantrag des Arztes/MVZ**

- (1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich unter Angabe der Funktion als DMP-Arzt nach § 3 und/oder im diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor nach § 4 gegenüber der KVN schriftlich auf dem Teilnahmeantrag gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an diesem DMP bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss der Teilnahmeantrag des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 5 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVN kann die Teilnahme am DMP weitergeführt werden.
- (3) Der Arzt/das MVZ genehmigt mit seiner Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag den in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Datenstelle wechselt oder Änderungen im Datenstellenvertrag vorgenommen werden, bevollmächtigt der Arzt/das MVZ die vertragsschließenden Parteien des Datenstellenvertrages in seinem Namen einen neuen Vertrag zu schließen. Er wird in diesem Fall die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVN nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses

oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVN vom anstellenden Arzt bzw. dem MVZ unverzüglich schriftlich angezeigt.

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

## **§ 6**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Die KVN erteilt den Ärzten/MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag als DMP-Arzt gemäß § 3, wenn diese die in der Anlage 1 und/oder Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Die Genehmigung zur Erbringung von Patientenschulung(en) wird erteilt, wenn die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 für die jeweilige Schulung erfüllt werden. 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 3 können zusätzlich die Anerkennung als 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 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 des Eingangs des Teilnahmeantrages gemäß Anlage 5, 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 ihre hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte/MVZ aufmerksam machen.
- (4) Die Teilnahme am DMP DM 2 endet mit dem im Bescheid der KVN genannten Datum über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVN.
- (5) Die Teilnahme am DMP DM 2 endet ferner mit dem Datum der Rechtskraft des Widerrufs der Genehmigung durch die KVN, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2.
- (6) Die KVN informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer (Neben-)Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser (Neben-)Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden (Neben-)Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der



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

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Die KVN führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie am DMP DM 2 teilnehmen oder teilgenommen haben. Die KVN stellt den Vertragspartnern und der Datenstelle nach § 21 ein jeweils aktuelles Verzeichnis in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) in der Regel wöchentlich gemäß Anlage 10 zur Verfügung. Sofern die Teilnahme des Arztes am DMP oder eine erteilte Genehmigung innerhalb dieses DMP verändert bzw. beendet wurde, werden die entsprechenden personenbezogenen Daten für die letzten vollständigen sieben Kalenderjahre nach Ausscheiden aus dem DMP oder dem Ende bzw. der Änderung der Genehmigung im Verzeichnis gelistet und entsprechend übermittelt. Danach sind die Daten entsprechend der jeweils geltenden Fristen zu löschen.
- (2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der am DMP DM 2 teilnehmenden und ausgeschiedenen Krankenhäuser und 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 an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Verbände zur Verfügung gestellt. Außerdem erhalten die Leistungserbringerverzeichnisse bei Bedarf:
  - die am Vertrag teilnehmenden Ärzte und MVZ 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

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

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

##### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ verpflichten sich, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
  
- (2) Die Ärzte/MVZ werden nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich 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 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 1 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 insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte durch die Krankenkassen bzw. deren Dienstleister
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle, ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln durch die Gemeinsame Einrichtung
- Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1, 2 und 11 durch die KVN
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen
- Information der Ärzte durch die KVN

- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend Anlage 9 werden die Krankenkassen in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses ohne Abstimmung mit dem DMP-Arzt nicht eingreifen.
- (4) Die Krankenkassen informieren die KVN auf Nachfrage über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen nach Absatz 3 und stellen ggf. verwendetes Informationsmaterial und Musterschreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.
- (5) Zur Auswertung der in Anlage 9 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und Anlage 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 DMP DM 2**

- (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 nicht fristgerecht übermittelte 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 diesem Vertrag teilnehmen, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 1 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose DM 2 durch den DMP-Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL und Erfüllung der speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3.2 der Anlage 1 der DMP-A-RL
  - b) die schriftliche oder elektronische<sup>3</sup> Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten
  - c) die umfassende, auch 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 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 DMP DM 1 und DM 2 ist nicht möglich.

---

<sup>3</sup> wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt

## § 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 einem DMP-Arzt einschreiben.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL i. V. m. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise schriftlich oder elektronisch umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8. Die KVN erhält auf Anfrage von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen zur Information vorab Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in dieses DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
  - a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose DM 2 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 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 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 DMP 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 schriftlich oder elektronisch<sup>4</sup> 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 plausibel und vollständig ausgefüllte 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 im Übrigen 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

---

<sup>4</sup> wenn ein geeignetes Verfahren vorliegt



- 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. 1 a) 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 unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 17**

### **Wechsel des DMP-Arztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte 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**  
**Arztinformation, Fortbildungen und Patientenschulungen**

**§ 19**  
**Information und Fortbildungen der Ärzte**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/das MVZ gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte dieses DMP DM 2. Die Verbände stellen in Abstimmung mit der KVN hierfür ein entsprechendes DMP-A-RL-konformes Arztmanual zur Verfügung. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/das MVZ bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf dem Teilnahmeantrag gemäß § 5 dieses Vertrages.
  
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVN und ggf. der Gemeinsamen Einrichtung nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10, einbezogen werden.

## § 20

### Patientenschulungen

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte und ggf. dessen Betreuungsperson erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Im Rahmen dieses DMP werden die in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (2) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 dieses Vertrages, einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (3) Zur Schulung der Patienten berechtigt sind Ärzte, die gemäß Anlage 11 die Strukturqualität gegenüber der KVN nachgewiesen haben.
- (4) Die Durchführung von Patientenschulungen im Videoformat ist im Rahmen des Vertrages möglich, sobald das BAS oder der G-BA dies für zulässig erklärt. Eine von der KBV zertifizierte Software ist zu verwenden.

## **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 oder Vereinbarungen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X.

- (2) Der Teilnahmeantrag des DMP-Arzt es 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 sowie unvollständige oder unplausible Angaben nachzufordern,
  - 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 Nummer 2 der Anlage 1 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Nummer 4 der Anlage 1 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

## **§ 23**

### **Datenfluss**

- (1) Durch seinen Teilnahmeantrag verpflichtet sich der DMP-Arzt, die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 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 plausibel und vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 8) vom Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter vorliegt. Zugleich verpflichtet sich der Arzt, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der

gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine individuelle, nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf.

- (1a) Beleglose Dokumentationen sind mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle zu übermitteln. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von DMP zertifiziert ist. Bei der Datenübermittlung mittels DFÜ sind die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Arzt vor dem Versand zu verschlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren anzuwenden (Anlage 6).
- (2) Der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter willigt einmalig schriftlich oder elektronisch durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 § 5 DMP-A-RL.

## **§ 25**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP-Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten 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 § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Gemäß § 5 Abs. 4 DMP-A-RL gelten für die Leistungserbringer gesonderte Aufbewahrungsfristen, die sich nach den gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere nach den berufsrechtlichen Bestimmungen, richten.

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung**

#### **§ 26**

##### **Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 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**

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVN und der Gemeinsamen Einrichtung archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.



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

**§ 29**

**Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

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

**§ 30**

**Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 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 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 der gesonderten Vereinbarung 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 Erstellung der Feedbackberichte 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 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 dieses Vertrags, auch fachgruppen- und leistungsbezogen, und werden über ggf. notwendige gesamtvertragliche Konsequenzen verhandeln.
- (4) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 3 dieses Vertrags 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	<b>25,00 €</b>	GOP <b>99500</b>
Folgeberatung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	<b>15,00 €</b>	GOP <b>99501</b>

- (5) Die Erstberatung (**GOP 99500**) ist einmalig je Versicherten zu Beginn der DMP-Teilnahme abrechnungsfähig. Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Folgedokumentationen (**GOP 99501**) werden entweder quartalsweise oder jedes zweite Quartal erstellt. Pro Versicherten und Quartal wird bei quartalsweiser Dokumentation höchstens eine Dokumentation vergütet. Im Falle eines Dokumentationsintervalls alle zwei Quartale wird pro Versicherten und zwei Quartalen höchstens eine Dokumentation vergütet.

- (6) Basis für die Auszahlung der o. g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle (§ 21) an die KVN gelieferten Abrechnungsdaten. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o. a. Leistungen sind in den o. g. Vergütungen enthalten. Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen, 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.
- (7) Der DMP-Arzt erhält für eine umfassende Beratung zum Thema „körperliche Aktivitäten“ (siehe Nummer 1.4.2 der Anlage  der DMP-A-RL) inkl. Planung entsprechender Aktivitäten (z. B. Präventionsempfehlung auf Basis des Musters 36) eine Pauschale von **8,00 € (GOP 99502)**. Diese Pauschale ist je DMP-Patient nur einmalig berechnungsfähig.
- (8) Augenärzte, die aufgrund einer Überweisung des DMP-Arztes gemäß § 3 Abs. 6 Buchstabe g) eine Funduskopie durchführen und einen Bericht an den Überweiser senden, erhalten für diese DMP-Teilnehmer einmal jährlich einen Zuschlag von **1,00 € (GOP 99520)** auf die Grundpauschalen GOP 06210-06212 EBM.
- (9) Am DMP teilnehmende Ärzte gemäß § 4 dieses Vertrages, welche eine Anerkennung als DSP/DFA durch die KVN erhalten haben, erhalten die gemäß Anlage 3 vereinbarten zusätzlichen Vergütungen.
- (10) 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.
- (11) 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.
- (12) Die KVN ist berechtigt, von den vereinbarten Vergütungen den jeweils aktuell gültigen Verwaltungskostensatz gegenüber den abrechnenden Ärzten in Abzug zu bringen.

## **§ 35**

### **Vergütung der Patientenschulungen**

- (1) Die in Absatz 5 gelisteten Patientenschulungen können von Ärzten/MVZ nach § 3 Abs. 2 und § 3 Abs. 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 Abs. 2 und 3 erteilen, wenn in Regionen Niedersachsens keine DSP vorhanden sind. Die Beschlussfassungen erfolgen durch die DMP-Vertragskommission der Gemeinsamen Einrichtung.
- (4) Soweit eine Genehmigung der KVN zur Abrechnung von Patientenschulungen vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte/des MVZ ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu diesem DMP. Es gilt § 34 Abs. 11 und 12 entsprechend.

- (5) Folgende Vergütungen für Schulungsprogramme bzw. -maßnahmen sind im Rahmen des DMP DM 2 für DMP-Ärzte gemäß § 3 vereinbart:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	GOP
<b>Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen</b>	4 bis 10 Patienten	4 Unterrichtseinheiten je 90 Minuten (in wöchentlichem Abstand)	<b>14,50 €</b> pro Einheit	<b>99510</b>
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen – Zuschlag		Einmalig zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99510	<b>6,00 €</b>	<b>99510Z</b>
<b>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie</b>	4 bis 6 Patienten; Typ-2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 Unterrichtseinheiten je 90 Minuten	<b>26,00 €</b> pro Einheit	<b>99515</b>
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie – Zuschlag		Einmalig zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99515	<b>10,40 €</b>	<b>99515Y</b>
<b>Schulungsmaterial</b> inkl. Diabetes-Pass	je Patient und Schulungsprogramm		<b>9,50 €</b> pauschal	<b>99519</b>
<b>Nachsichtung Variante 1</b> mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme	als Einzel- oder Gruppenschulungsmaßnahme (max. 10 Patienten)	mindestens 45 Minuten, maximal 2 x im Krankheitsfall (nicht neben GOP 99517)	<b>12,50 €</b> pro Einheit	<b>99516</b>
<b>Nachsichtung Variante 2</b> mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme	als Einzel- oder Gruppenschulungsmaßnahme (max. 10 Patienten)	mindestens 90 Minuten, maximal 1 x im Krankheitsfall (nicht neben GOP 99516)	<b>25,00 €</b>	<b>99517</b>

- (6) Nach diesem Vertrag können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine bereits erfolgte Teilnahme an einem ambulant oder stationär durchgeführten Schulungsprogramm bzw. Schulungsmaßnahme sind soweit bekannt zu berücksichtigen.
- (7) Zusätzlich erforderliche Diabetes-Pässe können durch den Versicherten bei seiner zuständigen Krankenkasse bezogen werden.

- (8) Falls erforderlich, ist eine Nachschulung des Versicherten möglich. Die Nachschulungen sind frühestens ein Jahr nach Ende des jeweiligen Schulungsprogramms abrechenbar. Die Abrechnung der Nachschulungen nach **GOP 99516** (Nachschulung Variante 1) und **GOP 99517** (Nachschulung Variante 2) im selben Krankheitsfall ist ausgeschlossen.
- (9) Eine Wiederholung der Schulungsprogramme nach Absatz 5 ist grundsätzlich ausgeschlossen. Falls aus medizinischen Gründen erforderlich, ist die Wiederholung des Schulungsprogramms nur mit Genehmigung der Krankenkasse möglich.



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

## § 38

### Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2023 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. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte seitens der KVN in geeigneter Form informiert.
- (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 sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 24 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß nach § 24 Abs. 2 begangen hat.
- (5) Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.
- (6) 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/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 -