

# VERTRAG

## gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

in Kraft ab 01.04.2021

**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:

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

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

## Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen nach § 3
Anlage 2	Strukturvoraussetzungen nach § 4
Anlage 3	nicht besetzt
Anlage 4	nicht besetzt
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.
- „DFÜ“ ist die Datenfernübertragung.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „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.
- „Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme erstellt wird.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union.
- „Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „GOP“ ist die Gebührenordnungsposition.
- „HBSNR“ ist die Haupt-Betriebsstättennummer.
- „KHK“ ist die Koronare Herzkrankheit.
- „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.
- „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

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer empfindlichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen.

Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die Koronare Herzerkrankung eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung. Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose der KHK zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, eine adäquate ärztliche Betreuung und einen kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht werden kann. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von KHK-Patienten unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals sowie spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

Die Behandlung von Patienten mit KHK soll in Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebots durch dieses Disease-Management-Programm (DMP) nach § 137f SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag nach § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V.

Die Vertragspartner stimmen 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.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP KHK 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 KHK, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt spielt als DMP-Arzt eine zentrale Rolle bei der Umsetzung.
- (2) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK 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 der Anlage 5 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
  - Reduktion der Sterblichkeit
  - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
  - Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit

## § 2

### Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

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

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

- (2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die ergänzenden Regelungen der DMP-ARRL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK 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 KHK 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 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen können auch zugelassene qualifizierte Fachärzte und MVZ mit entsprechenden Fachärzten koordinierend tätig sein, sofern die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllt sind und der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurde.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 und 3 teilnahmeberechtigten Ärzte (im Weiteren als DMP-Arzt bezeichnet) gehören insbesondere:
  - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte
  - b) die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte
  - c) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII
  - d) bei Teilnahme des Patienten an mehreren DMP die Koordination der Behandlung des Patienten in den jeweiligen Programmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der entsprechenden Dokumentationszeiträume. Hiervon ausgenommen ist die Koordination im DMP Brustkrebs, wenn die Versicherte einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe als DMP-Arzt gewählt hat.

- e) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
- f) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen, hierbei sind die Regelungen des § 20 Abs. 6 zu beachten
- g) insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen Überweisung an andere Ärzte entsprechend Anlage 2 oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
- h) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 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) bei Einbindung anderer Leistungserbringer
  - therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
  - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern
- j) soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

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

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

## § 4

### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Beteiligung an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind Ärzte und MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 zu diesem Vertrag – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind (neben-)betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte und MVZ gehören insbesondere:
  - a) die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte
  - b) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums
  - c) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung nach Anlage 11 gegenüber der KVN nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen, hierbei sind die Regelungen des § 20 Abs. 6 zu beachten.
  - d) die Überweisung an andere Ärzte/Leistungserbringer entsprechend Nummer 1.6 der Anlage 5 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. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
    - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern
  - f) die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt zur Dokumentation nach diesem Vertrag soll in der Regel innerhalb des festgelegten Dokumentationsintervalls nach dem ersten Versichertenkontakt erfolgen
  - g) bis zur Rücküberweisung die Übermittlung therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation an den DMP-Arzt

- h) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 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) soweit eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

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

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 2 des Vertrages näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur dieser 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 KHK vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit der Krankenhausgesellschaft bzw. den jeweiligen Krankenhäusern.
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Krankenhäuser wird die KVN durch die Verbände informiert.

#### **§ 4b**

##### **Rehabilitationseinrichtungen**

- (1) Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung, regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Trägern.

- (2) Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX entschieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die KVN durch die Verbände informiert.

## **§ 5**

### **Teilnahmeerklärung des Arztes/MVZ**

- (1) Der Arzt/das MVZ erklärt sich unter Angabe der Funktion als DMP-Arzt nach § 3 oder im fachärztlichen Versorgungssektor nach § 4 gegenüber der KVN schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an diesem DMP bereit.
- (2) Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden 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 wechselt 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 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
- (2) Die KVN erteilt den gemäß § 4 an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten/MVZ die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

## **§ 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 bzw. § 4 oder durch Beschluss nach § 12 Abs. 2, so ist dieser Arzt/dieses MVZ von diesem Vertrag durch die KVN auszuschließen. Die Krankenkasse kann 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 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/MVZ ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt/das MVZ aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch

noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen.

## **§ 8**

### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Die KVN führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3 und 4. Die KVN stellt den Vertragspartnern ein jeweils aktuelles Verzeichnis in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) in der Regel wöchentlich gemäß Anlage 10 zur Verfügung.
- (2) Die Verbände führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und nach § 4b teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen. Näheres zur Form und zu den Inhalten der Verzeichnisse regeln die Kassenverbände im stationären Rahmenvertrag beziehungsweise in den Verträgen mit Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden bei Veränderung der KVN in elektronischer Form (z. B. als Excel-Datei) zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmergeverzeichnis 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 Teilnehmergeverzeichnisse 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 Teilnehmergeverzeichnis 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 KHK**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte/MVZ verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5 diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Ärzte/MVZ werden nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und Dokumentation) entfalten, 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 und der Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität
- 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 gemäß § 2 der 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 und 4 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte
  - Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlagen 1, 2 und 11 durch die KVN
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten

- (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 i. V. m. Anlage 6 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. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen)
  - c) Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner kann ein Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung erfolgen. Eine erneute Teilnahme an diesem DMP-Vertrag ist möglich.
  - d) Hält der Arzt/das MVZ die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, wird die Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVN im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern widerrufen. Eine erneute Teilnahme an diesem DMP-Vertrag ist nicht möglich.

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

**§ 13**  
**Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 5, Nummer 1.2 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 8)
  - b) die schriftliche Einwilligung durch den Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten (Anlage 8)
  - c) die umfassende schriftliche 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) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Chronische Herzinsuffizienz (sofern vereinbart) ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

## § 14

### Information und Einschreibung

- (1) DMP-Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit den Einschreibeunterlagen gemäß § 14 Abs. 4 bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (2) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i. V. m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise 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) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen (außer § 13 Abs. 3). Hierzu sollte der Versicherte durch den DMP-Arzt und ggf. unterstützend durch die jeweilige Krankenkasse informiert werden.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in dieses DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
  - a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der DMP-A-RL. Insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 5 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 6 der DMP-A-RL durch den DMP-Arzt
- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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.
- (6) Eine Anmeldung für das Behandlungsprogramm ist auch bei der jeweiligen Krankenkasse möglich. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten DMP-Arzt

verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 erstellt und an die Datenstelle übermittelt werden.

- (7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung der Daten erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung wird für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

## **§ 16**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte gültige Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 erstellt wurde. Für die Abrechnung der DMP-Leistungen wird als Beginndatum des DMP-Falls von der KVN die lfd. Nr. 19 („Erstelldatum des Dokumentationsdatensatzes oder Ausstellungsdatum der TE/EWE“) in Verbindung mit der lfd. Nr. 21 („Kennzeichen der Dokumentationsart“, mit dem Kürzel „ED“ für Erstdokumentation) des Statusdatensatzes herangezogen.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (3) Im Übrigen endet die Teilnahme mit dem Tag
  - der Aufhebung oder des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V

- des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- des Kassenwechsels
- der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung
- der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind
- bei Wegfall 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 über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 17**

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

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle nach § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines DMP-Arztes.
- (3) Der bisherige DMP-Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

## **§ 18**

### **nicht besetzt**

## **Abschnitt VI**

### **Schulungen und Information**

#### **§ 19**

#### **Leistungserbringer**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVN informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Ärzte/MVZ gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Die Verbände erstellen hierfür in Abstimmung mit der KVN 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 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 Anlage 5 Nummer 3 der DMP-A-RL, ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die über die in den Anlagen 1 und 2 hinausgehenden Anforderungen an die für dieses strukturierte Behandlungsprogramm relevante regelmäßige Fortbildung/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 nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10, einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß Anlage 11 die Strukturqualität gegenüber der KVN nachgewiesen haben. Der § 6 des Vertrages gilt entsprechend.

## § 20

### Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner 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 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 zu informierten Patientenentscheidungen. Der Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann.
- (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 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.
- (5) Der zur Schulung berechtigte Arzt soll berücksichtigen, dass bei gleichzeitiger Diagnose eines Patienten mit Diabetes mellitus die Durchführung der Schulung in der Regel den „Diabetologischen Schwerpunktpraxen“, die im Rahmen der 2. Versorgungsebene zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Niedersachsen berechtigt sind, obliegt.



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

**§ 21**  
**Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Verbände und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
- a) die Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL
  - b) die Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL
  - c) die Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität und der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten
  - d) die Erstellung eines Versichertenpseudonyms zur Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Evaluatoren und die Gemeinsame Einrichtung
  - e) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN
  - g) die Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 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 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
  - b) die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 5 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Nummer 4 der Anlage 5 zur DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

## **§ 23**

### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der DMP-Arzt, die vollständige Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 DMP-Arzt, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der DMP-Arzt vergibt für jeden Versicherten eine individuelle, nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf.

- (1a) Beleglose Dokumentationen dürfen mittels Datenfernübertragung (DFÜ) an die Datenstelle übermittelt werden. Für die Erstellung der Dokumentationen ist eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von DMP zertifiziert ist. Im Fall 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 6 der DMP-A-RL ausschließlich für die in § 11 und der Anlage 9 beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass seitens der Krankenkassen kein Eingriff in medizinische Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements stattfindet.
- (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 erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 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 Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

**§ 31**

**Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den 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 versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A RL
  - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL
  - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Datenverarbeitung im 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**

### **Evaluation**

#### **§ 33**

#### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 S. 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die 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 Krankenkassen und KVN abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.
- (2) Die Vergütungen für DMP-Leistungen, die auf Basis einer Überweisung erbracht werden, werden analog der bundesmantelvertraglichen Regelung bezahlt, sofern zum Ausstellungstag der Überweisung beim koordinierenden Arzt keine Mitteilung der Krankenkasse oder eines Dritten zur Beendigung der DMP-Teilnahme vorliegt (Postausgangsdatum zzgl. drei Werktage).
- (3) Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der ärztlichen Leistungen aufgrund dieses Vertrages, auch fachgruppen- und leistungsbezogen, und werden über ggf. notwendige gesamtvertragliche Konsequenzen verhandeln.
- (4) Zur Vergütung kommen nur Dokumentationen, die vollständig, plausibel und fristgemäß nach Anlage 2 i. V. m Anlage 6 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.
- (5) Die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten werden nach diesem Vertrag dann wie folgt vergütet:

Beratung der Versicherten einschließlich Einschreibung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle.	25,00 €	GOP 99540
Beratung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	15,00 €	GOP 99541

Basis für die Auszahlung der o. a. Vergütungen sind die durch die Datenstelle (§ 21) gelieferten Daten an die KVN. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o. a. Leistungen sind in den o. g. Vergütungen enthalten.

- (6) Für die nach § 4 teilnehmenden Ärzte/MVZ wird nach Einschreibung in das DMP einmal im Krankheitsfall für die ausführliche Beratung und Behandlung einschließlich Berichterstellung mit den zur Dokumentation notwendigen Daten für den DMP-Arzt ein pauschales Honorar von 30,00 € außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt (**GOP 99542**).
- (7) DMP-Ärzte erhalten für die umfassende Beratung und Koordination, einschließlich der nach Punkt 1.5.1.1 der Anlage 5 der DMP-A-RL durchzuführenden Ernährungsberatung, eine extrabudgetäre Pauschale von 10,00 € (**GOP 99543**). Diese Pauschale ist je DMP-Patient nur einmal berechnungsfähig.
- (8) Für die kontinuierliche Betreuung eines in das DMP eingeschriebenen Versicherten durch den DMP-Arzt nach § 3 erhält die Praxis (HBSNR) eine zusätzliche jährliche 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 jährlich nach Ablauf der letzten DMP-Übermittlungsfrist für die relevante Folgedokumentation. Die Auszahlung erfolgt im Rahmen der nächstfolgenden Abrechnung (**GOP 99547**).
- (9) Wird ein Versicherter vom selben DMP-Arzt im selben Dokumentationszeitraum in mehreren DMP internistischer Erkrankungen betreut, kommt für die Folgedokumentation abweichend von Absatz 6 folgende Vergütungsregelung zur Anwendung:

Beratung der Versicherten einschließlich Erstellung der vollständigen und plausiblen Folgedokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen an die Datenstelle - <b>im selben Quartal der Übermittlung einer weiteren Folgedokumentation nach den genannten DMP</b>	10,00 €	GOP 99541 K
--	---------	----------------

Zur Umsetzung dieses Verfahrens übermittelt die Datenstelle (§ 21) im Rahmen des Abrechnungsverfahrens der KVN ein verwertbares Kennzeichen.

- (10) Die KVN ist berechtigt, von den vereinbarten Vergütungen den jeweils aktuell gültigen Verwaltungskostensatz gegenüber den abrechnenden Ärzten in Abzug zu bringen.
- (11) 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.
- (12) Die Dokumentationen werden quartalsbezogen erstellt. Die Dokumentationen werden entweder quartalsweise oder jedes zweite Quartal erstellt. Pro Versicherten und Quartal wird bei quartalsweiser Dokumentation höchstens eine Dokumentation vergütet. Im Falle eines Dokumentationsintervalls alle zwei Quartale soll pro Versicherten und zwei Quartalen höchstens eine Dokumentation vergütet werden.
- (13) 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.

## **§ 35**

### **Vergütung der Schulungen**

- (1) Die Schulungsprogramme für Patienten mit der Indikation KHK können von Ärzten/MVZ nach §§ 3 und 4 dieses Vertrages abgerechnet werden, welche die erforderlichen Qualifikationen und Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 im Hinblick auf die Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Durchführung der Schulungsprogramme kann über eine Schulungsgemeinschaft erfolgen. Schulungsgemeinschaften sind von der KVN anerkannte Gemeinschaftseinrichtungen von DMP-Ärzten mit Schulungsberechtigung für die in Anlage 11 genannten Programme, die dem Zweck dienen, Patientenschulungen zu erbringen. An den Schulungsmaßnahmen dürfen nur Patienten von Ärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Arzt/das MVZ, für dessen Patient diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gegenüber der KVN ab.
- (2) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVN. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte/MVZ ab Unterschrift des Patienten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zu diesem Behandlungsprogramm.

Die Schulungen gemäß Anlage 11 werden wie folgt außerhalb der Gesamtvergütung und der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen honoriert:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	GOP
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4-6 Patienten	4 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	25,00 € pro Einheit	99514K
<b>Zuschlag</b> zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99514K			10,00 €	99514Z
Abrechnung nur bis 30.09.2023 möglich				
Strukturiertes Hypertonie-Therapie- und Schulungsprogramm	4-6 Patienten	4 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	25,00 € pro Einheit	99515K
<b>Zuschlag</b> zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99515K			10,00 €	99515Z
<b>Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)</b> <i>Voraussetzung zur Teilnahme von Patienten ist die Erfüllung der Indikation im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (PG 21) und die Genehmigung der Krankenkasse</i>	maximal 6 Patienten	4 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten in wöchentlichen Abständen	26,00 € pro Einheit	99544
<b>Zuschlag</b> zur 4. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99544			10,50 €	99544Z
<b>Kardio-Fit</b>	4-6 Patienten	3 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten in wöchentlichen Abständen	26,00 € pro Einheit	99521
<b>Zuschlag</b> zur 3. Unterrichtseinheit (Schulungsabschluss) der Schulung gemäß 99521			7,80 €	99521Z
<b>Schulungs- &amp; Verbrauchsmaterial für Schulungen gemäß 99514K, 99515K und 99544</b> inkl. Porto und Verpackung	pro Patient und Schulung		9,50 €	99519K
<b>Schulungs- &amp; Verbrauchsmaterial für Schulung gemäß 99521</b> inkl. Porto & Verpackung	pro Patient und Schulung		10,00 €	99521A
<b>Nachschulung</b> mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (Maximal 2 x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	als Einzel- oder Gruppenschulung (max. 10 Patienten)	Mindestens 45 Minuten	12,50 €	99545
<b>Nachschulungen</b> mit inhaltlichen Elementen der vereinbarten Schulungsprogramme (Maximal 1 x im Krankheitsfall nach Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen abrechenbar)	als Einzel- oder Gruppenschulung (max. 10 Patienten)	Mindestens 90 Minuten	25,00 €	99546

- (3) Die Patientenschulung „Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung“ (SPOG – **GOP 99544**) kann ausschließlich für eingeschriebene Versicherte in das DMP KHK durch am DMP beteiligte Ärzte erbracht und abgerechnet werden, die gegenüber der KVN die Schulungsberechtigung nachgewiesen haben und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen. Die KVN stellt den Verbänden eine Übersicht der schulungsberechtigten Ärzte zur Verfügung. Die Durchführung der Schulung setzt die Genehmigung der Krankenkasse voraus.
- (4) Nach diesem Vertrag können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten ist zu berücksichtigen. Die Schulungen sind je Programm, auch im Rahmen anderer DMP, je Patient nur einmal abrechenbar.
- (5) Eine Wiederholung der Schulungsprogramme ist ausgeschlossen. Falls erforderlich, sind Nachschulungen frühestens ein Jahr nach Ende des Schulungsprogramms abrechenbar. Die Abrechnung der Nachschulungen nach **GOP 99545** und **GOP 99546** im selben Krankheitsfall ist ausgeschlossen.
- (6) Die KVN sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Ärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVN einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.
- (7) 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.

## **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 die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-DSGVO sowie 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 01.04.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.04.2018 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung vom 01.07.2019. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. 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 vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiedenzulassung 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 bzw. bei Aufhebung oder 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 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 KHK-Patienten sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

### **§ 39**

#### **Schriftform**

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

### **§ 40**

#### **Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover, den 08.03.2021

---

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 -