

Vertrag

**zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP)
nach § 137f SGB V**

Koronare Herzkrankheit (KHK)

auf der Grundlage des § 83 SGB V

zwischen

der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse.

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK – Die Innovationskasse

der KNAPPSCHAFT

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 die Leiterin der Landesvertretung

Schleswig-Holstein

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

vertreten durch den Vorstand

(nachstehend KVSH genannt)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	4
Übersicht Anlagen	5
Präambel	6
Abschnitt I	7
Ziele, Geltungsbereich	7
§ 1 Ziele der Vereinbarung	7
§ 2 Geltungsbereich.....	8
Abschnitt II	8
Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)	8
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors ...	10
§ 5 Teilnahmeerklärung	12
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme	13
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	14
Abschnitt III	15
Versorgungsinhalte	15
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK.....	15
Abschnitt IV	15
Qualitätssicherung	15
§ 10 Grundlagen und Ziele.....	15
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	16
§ 12 Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP	16
§ 13 Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.....	17
Abschnitt V	17
Teilnahme und Einschreibung des Versicherten	17
§ 14 Teilnahmevoraussetzungen	17
§ 15 Information und Einschreibung.....	18
§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung.....	19
§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme.....	19
§ 18 Wechsel des koordinierenden Arztes	20
Abschnitt VI	21

Information von Ärzten und Schulungen von Patienten.....	21
§ 19 Information von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren	21
§ 20 Schulungen von Versicherten	21
Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben	22
§ 21 Datenstelle	22
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen	22
§ 23 Datenfluss zur Datenstelle	22
§ 24 Datenzugang	23
§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung.....	23
Abschnitt VIII	23
Datenfluss zu den Krankenkassen, der KVSH und der Gemeinsame Einrichtung	23
§ 26 Datenfluss.....	23
§ 27 Datenzugang	24
§ 28 Datenaufbewahrung und –löschung.....	24
Abschnitt IX	24
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung	24
§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....	24
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft	24
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	25
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung.....	25
Abschnitt X	26
Evaluation	26
§ 33 Evaluation	26
Abschnitt XI	26
Vergütung und Abrechnung	26
§ 34 Vertragsärztliche Leistungen.....	26
§ 35 Vergütung	26
Abschnitt XII	30
Sonstige Bestimmungen	30
§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	30
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen.....	31
§ 38 Aufteilung der Kosten.....	31
§ 39 Laufzeit und Kündigung	32
§ 40 Schriftform	32
§ 41 Salvatorische Klausel.....	32

Erläuterungen

„Ärzte“ sind Vertragsärzte sowie bei diesen oder teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte die Leistungen gemäß §§ 3 oder 4 erbringen.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der aktuell gültigen DMP-A-RL aufgeführten Daten

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

§§ Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

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

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt**
- Anlage 2 Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor**
- Anlage 3 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt**
- Anlage 4 Leistungserbringerverzeichnis strukturierter Behandlungsprogramme
(DMP) für Koronare Herzkrankheit (KHK) (ambulanter Sektor)**
- Anlage 5 Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit (KHK) auf Grundlage der Da-
tensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL**
- Anlage 6 Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Er-
läuterungen und Patienteninformation**
- Anlage 7 Strukturqualität Schulungsarzt**
- Anlage 8 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz**
- Anlage 9 Ergänzungsvereinbarung
Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen**

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen und die KVSH folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt).

Die KHK ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und –angebot im Herzmuskel. Der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit gesicherter Diagnose einer chronischen KHK wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) in ihrer aktuell gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des SGB V und den Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzkrankheit sind in der DMP-A-RL, insbesondere der Anlage 5, sowie der RSAV festgelegt.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK. Ärzte, die als Vertragsärzte an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmen oder als angestellte Ärzte zur Leistungserbringung nach § 3 dieses Vertrages berechtigt sind, übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Ärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP KHK in der Region Schleswig-Holstein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am DMP teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Nummer 1.3 der DMP-A-RL 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.
- (3) Generell geht es dabei um die Steigerung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK beeinträchtigten Lebensqualität. Gemeinsam mit dem Patienten prüft der Arzt, ob der Patient hinsichtlich der genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (4) Den Versicherten wird durch individuelle Beratungen, Informationen und Vereinbarung individueller Therapieziele, z.B. in Bezug auf Blutdruck, Gewicht, Nikotinverzicht, körperliche Aktivität, Ernährung sowie Stoffwechselformparameter, die Möglichkeit gegeben, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken.
- (5) Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im Rahmen dieser Vereinbarung die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört werden soll.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 - Ärzte und Medizinische Versorgungszentren sowie für ermächtigte Krankenhausärzte in der Region Schleswig-Holstein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben und/oder nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung gemäß § 6 erhalten haben.
 - Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnittes V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.
- (2) Diese Vereinbarung gilt für:
 - die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVSH darüber informiert wurde.
 - die Innungskrankenkassen außerhalb Schleswig-Holsteins, die ihren Beitritt gegenüber der IKK – Die Innovationskasse erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
 - die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP für KHK teilnehmende Versicherte gemäß den medizinischen und strukturellen Inhalten der RSAV und der DMP-ARL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (4) Weitere gesetzliche Krankenkassen in Schleswig-Holstein können dieser Vereinbarung beitreten. Dazu bedarf es der Zustimmung aller Vertragspartner, die zum Zeitpunkt des Beitritts an dieser Vereinbarung teilnehmen. Die KVSH informiert die Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren über den Beitritt einer weiteren Krankenkasse.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen nach der Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Strukturqualität muss von den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der

KVSH nachgewiesen werden. Erst mit Genehmigung der KVSH wird die Teilnahme gültig. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt gemäß § 6.

- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (6) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnehmenden Ärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren gehören insbesondere:
 1. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren internistischen DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume. Bei Versicherten, welche an mehreren DMP teilnehmen, ist zwischen verschiedenen koordinierenden Ärzten eine interkollegiale Abstimmung bezogen auf die vorgenannten Inhalte sicher zu stellen.
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
 3. die Information, Beratung und Prüfung in Abstimmung mit dem Versicherten, ob dieser im Hinblick auf die in § 1 genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitiert und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann; ferner die Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach den Abschnitten VII und VIII, die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen entsprechend Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL; soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurde, die nachträgliche Ergänzung fehlender bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbe-
rechtigung gegenüber der KVSH nachgewiesen ist,
6. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indi-
katoren eine Überweisung an andere Ärzte entsprechend der Anlage 2 oder auch
an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer vorzunehmen. Auf
dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entschei-
det der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überwei-
sung. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL
sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn seine
besondere Qualifikation für die Behandlung des Patienten aus den dort genannten
Überweisungsanlässen nicht ausreicht. Sofern die Mit- und Weiterbehandlung des
Versicherten länger als ein Quartal andauert, ist für jedes Folgequartal eine Über-
weisung des koordinierenden Arztes an den Facharzt notwendig.
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indi-
kationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeig-
nete Krankenhaus entsprechend dem Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäu-
ser und Rehabilitationseinrichtungen am DMP KHK gemäß § 8 Abs. 3 unter Berück-
sichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungs-
struktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versi-
cherte in das DMP KHK eingeschrieben ist.

Sobald Krankenhäuser in dieses DMP eingebunden sind, soll eine stationäre Ein-
weisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen
Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in diese vertraglich ein-
gebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer
Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

8. bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierrelevante Informationen entspre-
chend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der Nummer 1.6.4
der Anlage 5 der DMP-A-RL, die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich
eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninte-
ressen. Im Übrigen gelten die Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 ent-
sprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszent-
rum hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL so-
wie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA durch arbeitsver-
tragliche Regelungen Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren an diesem DMP ist
freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die nichtinvasive und/oder invasive fachärztliche Versorgung ist
der kardiologisch qualifizierte Facharzt, - im Folgenden „Facharzt“ genannt – wenn er
die Voraussetzungen nach der Anlage 2 – persönlich oder durch angestellte Ärzte - er-

füllt. Die Strukturqualität muss von den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVSH nachgewiesen werden. Erst mit Genehmigung der KVSH wird die Teilnahme gültig. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt gemäß § 6.

- (3) Der kardiologisch qualifizierte Facharzt nach § 4 kann in Ausnahmefällen auch koordinierender Arzt sein. Dies gilt insbesondere für Patienten,

- die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind
oder
- bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Sofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 6 zu erfüllen.

- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

- (5) Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (6) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. 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.

- (7) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln. Sofern die Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten länger als ein Quartal andauert, ist für jedes Folgequartal eine Überweisung des koordinierenden Arztes mit einem Vermerk „DMP“ an den Facharzt notwendig.
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20 soweit die Schulungsbezeichnung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,

4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
5. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen auch zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
6. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend dem Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen am DMP KHK gemäß § 8 Abs. 3 unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP KHK eingeschrieben ist. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
7. bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern.
8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL, die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
9. die Beachtung der Überweisungsregeln entsprechend Nummer 1.6.2 Anlage 5 der DMP-A-RL.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV durch arbeitsvertragliche Regelungen Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt beantragt unter Nutzung der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 die Genehmigung zur Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVSH. Wird die Genehmigung der Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 einzutragen. Die Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.
- (2) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der Arzt/das Medizinische Versorgungszentrum die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er/es wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt des gesonderten Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahme genehmigung.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (3) Die Anforderungen an die Strukturqualität können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Die Teilnahmeerklärung nach Anlage 3 muss neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 3 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.
- (5) Die KVSH prüft die Voraussetzungen von Ärzten bzw. Medizinischen Versorgungszentren entsprechend den Anforderungen des Schulungsprogramms gem. Anlage 7 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Schulungsgenehmigung.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahme genehmigung durch die KVSH mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum kann die Teilnahme schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVSH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

- (3) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzung 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 Genehmigung zur Teilnahme am DMP besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Genehmigung für die besondere Leistungserbringung durch den angestellten Arzt 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 mit dem Formular nach Anlage 3.
- (4) Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Endet die Teilnahme eines Arztes bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder § 4, so ist dieser Arzt bzw. dieses Medizinische Versorgungszentrum von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren schriftlich aufmerksam machen und übersendet ihnen hierzu das aktuelle Leistungserbringerverzeichnis.
- (6) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
- (7) Die Teilnahme eines Arztes bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums an diesem Vertrag kann bei Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten gemäß § 13 durch die Vertragspartner beendet werden.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVSH ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen monatlich entsprechend der Anlage 4 zur Verfügung.
- (2) Weiterhin wird dieses Verzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung und
 3. der Datenstelle nach § 21.
- (3) Die Krankenkassen /-verbände führen ein Verzeichnis über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses wird der KVSH zur Information der teilnehmenden Ärzte durch die Krankenkassen/-verbände zur Verfügung gestellt.

- (4) Die Verzeichnisse stellen die Krankenkassen /-verbände bei einer unbefristeten Zulassung alle 5 Jahre und auf Anforderung dem BAS sowie der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Daneben können die Leistungserbringerverzeichnisse auch veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP KHK sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlage 5 der DMP-A-RL gilt in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 6 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Leistungserbringer werden nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich von der KVSH über die eingetretene Änderung der Anforderungen an die Behandlung unterrichtet. Bei einer Änderung der DMP-A-RL verpflichten sich die Ärzte, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 5 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 5 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein sowie
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 5 fixierten Indikatoren, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KVSH ergeben, herangezogen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen nehmen im Rahmen des DMP neben den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern eine unterstützende Rolle ein. Ihr Handeln unterstützt die Versorgung, ohne in das Arzt-Patienten-Verhältnis einzugreifen.
- (2) Für Maßnahmen, die die Krankenkassen zur versichertenbezogenen Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 durchführen, werden die Krankenkassen ausschließlich schriftliche Informationen versenden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten.
- (3) Sofern die Krankenkasse persönlichen Kontakt zu einem Versicherten aufnehmen möchte, weil bislang eine zweimalige schriftliche Erinnerung erfolglos geblieben ist, wendet sich die Krankenkasse an den koordinierenden Arzt, damit dieser mit dem betreffenden Versicherten ein (teilnahmeförderndes) Gespräch führt. Sofern dieses nicht zum Erfolg führt, steht es der Krankenkasse frei, sich direkt an den Versicherten zu wenden.
- (4) Seitens der teilnehmenden Krankenkassen können zusätzliche Service- und Betreuungsangebote für Versicherte vorgesehen werden. Diese entsprechen der DMP-A-RL.

§ 13

Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Im Rahmen dieses DMP vereinbaren die Vertragspartner wirksame Maßnahmen, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses DMP beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Unvollständige oder unplausible Dokumentationen werden nicht vergütet, ggf. sind bereits erfolgte Vergütungen nachträglich zu korrigieren. Gleiches gilt für verfristete Dokumentationen, es sei denn, den Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum trifft kein Verschulden an der Verfristung.
- (3) Verstößt der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen getroffen:
 1. Aufforderung durch die KVSH im Einvernehmen mit den von dem Verstoß betroffenen Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. unterbliebener Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen),
 2. hält der Leistungserbringer die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme auf begründeten Antrag eines Vertragspartners durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Leistungserbringers entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen mit gesicherter Diagnose einer chronischen KHK gemäß Nummer 1.2 der DMP-A-RL können auf freiwilliger Basis am DMP KHK teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien gemäß Anlage 5, Nummer 1.2 DMP-A-RL erfüllt sind und sie aktiv an der Umsetzung der Therapieziele mitwirken:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 5, Nummer 1.2 DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme, Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und

3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP zur Unterstützung der Betreuung der Versicherten verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und 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 DMP zur Folge hat.
4. Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse wird zur Unterstützung der koordinierenden Ärzte ihre Versicherten gemäß § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation bestehend aus Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzhinweise und Patientenmerkblatt entsprechend der Anlage 6 über Ziele und Inhalte des DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte erklärt sich zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere der Befunddaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung ein.
- (2) Koordinierende Ärzte gemäß § 3 informieren ihre nach § 14 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt als Arzt an diesem Vertrag teilnimmt oder als angestellter Arzt zur Leistungserbringung berechtigt ist und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß Anlage 6 an die Datenstelle sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht ebenfalls an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.

- (5) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollten sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer DMP sicherzustellen. Dieses setzt voraus, dass der Arzt in allen entsprechenden DMP zur Leistungserbringung als koordinierender Arzt berechtigt ist. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das DMP einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse darauf hingewiesen, dass die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 von einem vom Versicherten ausgewählten Arzt nach § 3 dieses Vertrages vervollständigt und weitergeleitet werden müssen.
- (7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Chronische Herzinsuffizienz 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 der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.
- (9) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 16

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über Ziele und Inhalte des DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung durch die Krankenkasse, erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 6 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere der Behandlungsdaten) ein. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Absatz 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 15 Absatz 7.

- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bzw. des Widerrufs bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 1. der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse, sofern er in dieser keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
 3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse,
 4. des Kassenwechsels unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
 5. der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
 6. 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 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Ziffer 1a RSAV genannten Frist von „10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums“ übermittelt wurden, oder
 7. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 2 a-c RSAV.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

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

Abschnitt VI

Information von Ärzten und Schulungen von Patienten

§ 19

Information von Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren

- (1) Die Krankenkassen /-verbände und die KVSH informieren die teilnehmenden Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die Leistungserbringer werden nach einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen unterrichtet. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Informationen zur Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele erhalten die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach den §§ 3 und 4 durch Kenntnisnahme des DMP-Arztmanuals.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVSH nachzuweisen.

§ 20

Schulungen von Versicherten

- (1) Jeder Patient mit KHK soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage erhalten. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Schulungsbestandteile, die nicht der DMP-A-RL entsprechen, werden nicht geschult. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind und aktiv an der Umsetzung ihrer Therapieziele mitwirken.

Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen. Schulungen aus anderen DMP können bei entsprechender Indikation bei Überweisung durch den koordinierenden Arzt in Anspruch genommen werden.

- (2) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, die gemäß der Anlage 7 hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6 Abs. 5.
- (3) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere betreffend die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL einzubeziehen.

- (5) Die Mitschulung von Begleitpersonen der zu schulenden erwachsenen Versicherten ist kostenfrei, wenn davon auszugehen ist, dass diese Begleitpersonen maßgeblich am Selbstmanagement der Krankheit des Versicherten mitwirken (z.B. bei Sprachproblemen).

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die beauftragte Datenstelle und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt eine Datenstelle. Das Nähere regelt die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.
- (2) Nach Beauftragung der Datenstelle teilt die KVSH den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im DMP am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in den Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt.
- (2) Bei der Auswahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz hat der koordinierende Arzt die Anlage 8 zu beachten.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum,
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL
- am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle weiterzuleiten. Der einschreibende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, an die Datenstelle weiter.
- (2) Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf.

Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Bei einem Arztwechsel erhält der Versicherte eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.

- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 6 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält vom dokumentierenden Arzt einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hier-
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25

Datenaufbewahrung und –löschung

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2b DMP-A-RL.

Abschnitt VIII

Datenfluss zu den Krankenkassen, der KVSH und der Gemeinsame Einrichtung

§ 26

Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum, bei Ersteinschreibung des Versicherten dessen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die Daten annehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Folgedokumentation) der DMP-A-RL an die Daten annehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Erst- und Folgedokumentation) der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVSH.

§ 27

Datenzugang

Zugang zu den an die Krankenkassen, KVSH und die gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung und –löschung

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 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 einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn an die KVSH und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung 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 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 der DMP-A-RL und der Evaluation gemäß den Richtlinien des G-BA. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 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 5 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. 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,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. 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,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA,
 5. die Beratung der KVSH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von DMP-Ärzten,
 6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann zur Unterstützung und Koordination begleitender Maßnahmen im Sinne von § 12 bei der Behandlung des Patienten zusätzliche Informationswege zwischen Ärzten und der Krankenkasse abstimmen und zum Einsatz bringen.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung führt die ärztliche Qualitätssicherung als gemeinsame Aufgabe der Vertragspartner durch. Dies erfolgt durch eigene Mitarbeiter oder beauftragte Mitarbeiter eines Dritten. Über die Beauftragung von Dritten entscheidet die Gemeinsame Einrichtung einvernehmlich. Alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung haben gleichberechtigten Zugriff auf alle Daten und weitere Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung, die für die Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe notwendig sind. Die von der Gemeinsamen Einrichtung beauftragten Mitarbeiter haben Zugriff auf die Daten und weiteren Unterlagen im Rahmen ihrer Aufgabenzuweisung.

Abschnitt X

Evaluation

§ 33

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der jeweiligen Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KVSH abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

§ 35

Vergütung

- (1) Für die, unter Beachtung der bei elektronischer Übermittlung geltenden akkreditierten Verfahrensvorgaben, vollständige, plausible und fristgemäß übermittelte Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 15 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

Leistungsumfang	Vergütung	Ziffer
Information, Beratung, Einschreibung und Koordination des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (einschließlich Porto) der entsprechenden Unterlagen durch den Arzt nach § 3	25,00 €	99786A
Koordination, Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den Arzt nach § 3	15,00 €	99786B

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen ist damit abgegolten.

Nimmt ein Versicherter an mehreren DMP für internistische Diagnosen teil (z.B. Diabetes Typ 2 und Koronare Herzkrankheit) und wählt hierfür denselben koordinierenden Arzt gem. § 3, so verringert sich die o.g. Vergütung der Erstdokumentation auf 15,00 € und die der Folgedokumentation auf 10,00 €. Dieses setzt voraus, dass der Arzt nach § 3 in beiden DMP zur Leistungserbringung als koordinierender Arzt berechtigt ist.

	Vergütung ab zwei Diagnosen	Ziffer
Erstdokumentation	15,00 €	99786C
Folgedokumentation	10,00 €	99786D

Die Abrechnungsposition **99786A** bzw. 99786C (Erstdokumentation) kann grundsätzlich nur 1x je Versicherten abgerechnet werden. Die Abrechnungsposition **99786B** bzw. 99786D (Folgedokumentation) kann je Versicherten und Arzt bzw. Medizinischem Versorgungszentrum nur entsprechend der festgelegten Dokumentationsfrequenz gemäß Anlage 8 abgerechnet werden. Wurde vom koordinierenden Arzt "quartalsweise" als Dokumentationsintervall auf der Erstdokumentation bzw. der Folgedokumentation angegeben, wird je Versicherten und Quartal höchstens eine Folgedokumentation vergütet. Wenn vom koordinierenden Arzt "jedes zweite Quartal" als Dokumentationsintervall angegeben wurde, wird je Versicherten und jedem 2. Quartal höchstens eine Folgedokumentation vergütet.

- (2) Vor Erstellung der Erstdokumentation klärt der Arzt durch Nachfrage beim Patienten ab, ob sich der Patient schon bei einem anderen Arzt eingeschrieben hat. Es wird geprüft, in wie weit unplausible Mehrfachanmeldungen auftreten. § 13 gilt entsprechend.
- (3) Vor Erstellung der Folgedokumentation klärt der Arzt durch Nachfrage beim Patienten ab, ob sich der Patient unterdessen bei einem anderen Arzt eingeschrieben hat. Eine Prüfung erfolgt analog zu Absatz 2 Satz 2. § 13 gilt entsprechend.
- (4) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.
- (5) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt/Einrichtung einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen bis spätestens zum Ende des darauffolgenden Quartals. Dieser Nachweis ist grundsätzlich maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KVSH.
- (6) Der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum gemäß § 3 erhält für die Einbindung der Patienten in ein situatives Assessment zu einem auf die Krankheit zugeschnittenen Verhalten im Rahmen dieses DMP eine Betreuungspauschale in Höhe von 3,25 € pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal (Abr.nr. **99786E**).

Für die deutlich höhere Beratungs- und Behandlungsintensität / Kontrollbedürftigkeit von eingeschriebenen Versicherten in Verbindung mit

- instabiler Angina pectoris
- Prinzmetal-Angina
- dilatativer und kongestiver Cardiomyopathie
- Herzinsuffizienz (insb. Stadium III und IV NYHA)
- Asthma cardiale

ist stattdessen eine Betreuungspauschale in Höhe von 7,50 € (Abr.nr. **99786F**) pro Quartal abrechenbar. Die erhöhte Pauschale ist nicht abrechnungsfähig, wenn in einem anderen DMP bereits eine erhöhte Betreuungspauschale zum Einsatz gebracht wurde.

- (7) Der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum gem. § 4 erhält für die zeitnahe Mitbehandlung und Risikostratifizierung zusätzlich eine Betreuungspauschale in Höhe von 5,00 € (Abr.nr. **99786G**) für höchstens zwei Quartale im Jahr bei folgenden, in Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Überweisungsindikationen:
- erneute oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
 - neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
 - neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
 - unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
 - Patienten mit Komorbiditäten (z.B. Niereninsuffizienz, Depression),
 - Mitbehandlung von Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (z. B. Klappenvitien),
 - Klärung der Indikation einer invasiven Diagnostik und Therapie oder
 - Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie
- (8) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Leistungserbringer erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß § 19 erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten haben. Die Schulungen in der jeweils vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage werden wie folgt vergütet:

Leistungsumfang / Bezeichnung	Zeitlicher Umfang	Vergütung	Ziffer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	4 Doppelstunden (8 Unterrichtseinheiten à 45 Min.), bis zu 4 Patienten Die Schulung erfolgt i.d.R. in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum üblicherweise in vier Wochen absolviert wird.	12,78 € pro Einheit/ Patient	99786H
Hypertonie-Schulungsmaterial	pro Patient	9,00 €	99786I
Das Strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	5 Doppelstunden (10 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten) bis zu 6 Patienten In der Regel wird eine Doppelstunde pro Woche durchgeführt.	12,78 € pro Einheit/ Patient	99786J
Schulungsmaterial HBSP	pro Patient	8,00 €	99786K
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Voraussetzung zur Teilnahme von Patienten ist die Erfüllung der Indikation im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (PG 21) und die Genehmigung der Krankenkasse.	4 Doppelstunden (8 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten) Gruppe von 6 Patienten In der Regel wird eine Doppelstunde pro Woche durchgeführt.	12,78 € pro Einheit/ Patient	99786L
Schulungsmaterial (SPOG)	pro Patient	9,00 €	99786M
Kardio-Fit	3 Doppelstunden (6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten) Gruppe von 4 – 6 Patienten	12,78 € pro Einheit/ Patient	99786N
Schulungsmaterial Kardio-Fit (Set Begleitbuch für Patienten und Bewegungstagebuch)	pro Patient	10,00 €	99786O

Nachschulungen, ausschließlich in Form von modularen Schulungen, innerhalb eines Schulungszyklusses (2 Jahre) bedürfen der Begründung des schulenden Arztes sowie der Genehmigung durch die Krankenkassen.

Identische Schulungen, die vom selben koordinierenden Arzt angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig. Ebenfalls darf die Schulung nur im Rahmen eines DMP veranlasst werden. So ist z. B. bei teilnehmenden Diabetikern, die aufgrund einer Teilnahme am DMP Diabetes bereits an Hypertonie-Schulungen teilgenommen haben, die Abrechnung der Programme „Behandlungs- und Schulungsprogramme für Patienten mit Hypertonie“ und „HBSP“ im Rahmen von DMP KHK ausgeschlossen. Eingeschriebene Versicherte im DMP KHK, die gleichzeitig an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankt sind, erhalten Zugang zu den im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 bereits vertraglich vereinbarten Schulungsprogrammen, wie ein in dieses DMP eingeschriebener Versicherter, ohne dass sie in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben werden müssen, ggf. per Überweisung. Schulungsberechtigt sind Ärzte, die im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 leistungs- und schulungsberechtigt sind. Es gelten die Abrechnungspositionen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 Vertrages mit der zusätzlichen Kennzeichnung „K“.

- (9) Die Vergütung der genannten Pauschalen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungspositionen schließt eine Abrechnung etwaiger identischer Positionen nach dem EBM aus. Die KVSH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Leistungserbringern in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten für jedes Quartal von der KVSH einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.
- (10) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (11) Mit diesen Vergütungen sowie den in Abrechnung zu bringenden EBM-Leistungen sind alle medizinischen und nicht medizinischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von KHK abgegolten. Weitere Kosten können den Krankenkassen und dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren 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 DS-GVO 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 KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Kassenorganisationen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 38

Aufteilung der Kosten

- (1) Kosten der Datenstelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (gemäß § 22) werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Kassenspezifische Zusatzleistungen der Datenstelle werden mandantenabhängig und gesondert abgerechnet.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenstelle) werden zur Hälfte von den Krankenkassen und zur Hälfte von der KVSH getragen. Die Aufteilung des Anteils der Krankenkassen erfolgt entsprechend Absatz 5.
- (3) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen.
- (4) Kosten für die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel werden von der KVSH übernommen. Die KVSH ist auch für die Durchführung und Organisation der Qualitätszirkel zuständig.
- (5) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten (KM7 letzter Monat des betrachteten Zeitraums).
- (6) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen und zur Teilnahme an diesem DMP werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

§ 39

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.04.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.04.2005 bzw. 01.07.2005 in der Fassung der 13. Änderungsvereinbarung. Er steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen Nichtbeanstandung.
- (2) Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten gelten weiter; eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist bei dieser Neufassung nicht notwendig.
- (3) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (4) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen oder zu vorgegebenen Stichtagen nach § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Im Falle, dass diese Änderungen von substantieller Art sind, gilt unbeschadet die Regelung in Absatz 3. Im Fall, dass keine Einigung erzielt werden kann, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht zu dem Zeitpunkt, an welchem die Zulassungsfähigkeit nach altem Stand endet.

§ 40

Schriftform

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

§ 41

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.

Bad Segeberg, Dortmund, Hamburg, Lübeck, Kiel, den 03.03.2021

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse.

BKK-Landesverband NORDWEST

IKK – Die Innovationskasse

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein