

**Vereinbarung
gem. § 73 a SGB V**

zwischen

dem BKK - Landesverband NORD,

**dem IKK Landesverband Nord,
(mit Wirkung für die IKK Nord)**

dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. (VdAK),

dem Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. (AEV),

- **vertreten durch die VdAK/AEV Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern**
 - **(handelnd für seine Mitgliedskassen)**

der AOK Mecklenburg-Vorpommern

(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (nachfolgend KV MV genannt)

über die

**strukturierten Behandlungsprogramme Asthma bronchiale
und COPD**

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereiches (koordinierender Vertragsarzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzung und Aufgaben des qualifizierten Versorgungsbereiches; Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene
- § 4a Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und COPD

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Sanktionen

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

ABSCHNITT VI – SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

- § 18 Informationen und Schulung von Leistungserbringern
- § 19 Informationen und Schulung von Versicherten

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 20 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

§ 21 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

ABSCHNITT VIII – DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN VERTRAGSÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenstelle

§ 24 Datenflüsse zur Datenstelle

§ 25 Datenflüsse über die Datenstelle

§ 26 Datenzugang

§ 27 Datenaufbewahrung und –löschung

§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

ABSCHNITT IX – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 29 Vertragsärztliche Leistungen

§ 30 Vergütung Dokumentation und Schulung

ABSCHNITT X – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 31 Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 32 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 33 Evaluation

§ 34 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

§ 35 Salvatorische Klausel

ERLÄUTERUNGEN

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte,

„Patient“ sind weibliche und männliche Patienten,

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte und Vertragsärztinnen,

„Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. §§ 3 und 4, Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer,

„Dokumentationsdaten 10a/b der RSAV“ sind die in der Anlage 10a/b der RSAV aufgeführten Daten,

„Dokumentationsdaten 12a/b der RSAV“ sind die in der Anlage 12a/b der RSAV aufgeführten Daten

„Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände,

„KVMV“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher im Sinne des § 3

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils geltenden Fassung,

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 20,

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 21,

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 23.

PRÄAMBEL

- (1) Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf bis zu 6 % der erwachsenen Bevölkerung. Bei Kindern ist Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. Hier wird die Prävalenz auf ca. 10 % geschätzt. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Die Datenlage zu COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 10 – 30 % der Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen Bronchitis. Von diesen Menschen entwickeln wahrscheinlich 15 – 20 % eine obstruktive Lungenerkrankung. Beide Erkrankungen fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Bei den chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.
- (2) Im Rahmen dieser Vereinbarung werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale sowie von Patienten mit COPD einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu den Krankenkassen definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten.
- (3) Die Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale sowie COPD soll durch ein Disease-Management-Programm nach § 137 f SGB V optimiert werden. Die Vereinbarung soll eine möglichst flächendeckende, den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, qualitätsgesicherte Versorgung und Schulung der Asthma- und COPD Patienten gewährleisten. Sie wird dabei die in den vergangenen Jahren durch die von Ärzten aufgebauten und von Krankenkassen finanzierten Strukturen und den dadurch erreichten Qualitätsstandard in Mecklenburg-Vorpommern weiter entwickeln.
- (4) Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Verankerung von Versorgungsleitlinien und die Vorgabe medizinischer Qualitätsziele zur Veränderung des ärztlichen Leistungs- und Verordnungsgeschehens führen kann. Dies ist bei der Weiterentwicklung des Vertrages sowie damit im Zusammenhang stehender vertraglicher Regelungen zu berücksichtigen.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Kran-

kenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet.

- (6) Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD gemeinsam in einem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma teilnehmen und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, kenntlich gemacht sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen geregelt.

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist u.a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD in der Region der KV MV. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 9 (Anlage 5a und 5b) dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen erfolgen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) festgelegt. Entsprechend der Anlagen 9 Ziffer 1.3 und der Anlage 11 Ziffer 1.3 der RSAV streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit,
- unerwünschten Wirkungen der Therapie
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

2. Reduktion der Asthma- bzw. COPD-bedingten Letalität.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Vertragsärzte in der Region der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
 2. die Behandlung von Versicherten, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages eingeschrieben haben, die entsprechenden Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.
 3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV MV darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KV MV, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 30 des Vertrages anerkennen. Die KV MV bzw. die Krankenkasse informiert die teilnehmenden Leistungserbringer.

- (2) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder auf Grund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 1 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 34 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wörtlich den Anlagen 9 und 11 (Ziffer 1, 2 und 3) sowie den Anlagen 10a/b und 12a/b der RSAV.

- (3) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklären.

- (4) Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen außerhalb Mecklenburg Vorpommerns, die ihren Beitritt gegenüber der KV MV und der IKK Nord erklären und die Vergütungen gemäß §§ 29 und 30 anerkennen. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (5) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (6) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1, Nr. 3 sowie des Absatzes 5 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

ABSCHNITT II TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

§ 3

Teilnahmevoraussetzung und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereiches; koordinierender Vertragsarzt der 1. Versorgungsebene

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) und/oder Anlage 1b (zur Teilnahme bei COPD) erfüllen.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b erfüllt sind.
- (4) In Ausnahmefällen kann auch der nach § 4 teilnehmende Arzt als koordinierender Vertragsarzt am Programm teilnehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn
 - der Versicherte bereits vor Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft¹ betreut worden ist oder
 - diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der nach § 4 teilnehmende Arzt hat bei einer Stabilisierung des Zustandes des Versicherten zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an einen Arzt nach § 3 Abs. 2 möglich ist, wobei das individuelle Patienteninteresse zu berücksichtigen ist.

- (5) Zu den Pflichten der koordinierenden Vertragsärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in den Anlagen 5a und 5b geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in den Anlagen 5a und 5b geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gem. § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
 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 gem. § 19, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV nachgewiesen ist,
 6. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Anlagen 1a und/oder 1b.

¹ Dauerhaft meint mindestens 6 Monate vor der Einschreibung.

7. bei Vorliegen der in Anlagen 1a und/oder 1b genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur in ein geeignetes Krankenhaus entsprechend der Anlagen 3a und 3b vorzunehmen.
8. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.6.4 der Anlage 5a und 5b.
9. bei Überweisung und Einweisung
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 9 , wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungsbereiches; Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Der qualifizierte Facharzt kann auch als koordinierender Vertragsarzt am Programm teilnehmen (§ 3 Abs. 4).
- (3) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b erfüllen.
- (4) Die gleichzeitige Teilnahme von Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
 1. die Behandlung der Versicherten unter Beachtung der Versorgungsinhalte gemäß § 9 ,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 19, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist,
 4. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Ziffer 1
 - therapierelevante Informationen gemäß § 9 wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,

5. die Überweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Abs. 2 und Abs. 5 Nr. 6 unter zeitnaher Weitergabe therapierrelevanter Informationen,
6. bei Vorliegen der in Anlagen 5a und/oder 5b unter Ziffer 1.6.3 genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am Programm teilnehmende Krankenhaus gemäß den Anlagen 7a und 7b vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen.

§ 4 a

Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden zugelassene Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vertraglich ein. Einzelheiten sind durch gesonderte Verträge der Krankenkassen geregelt

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der koordinierende Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion, der Indikation, für die er teilnehmen will, und entsprechend der Voraussetzungen als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 gegenüber der KV MV schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 4 zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Er genehmigt mit seiner Unterschrift den Vertrag, den die Krankenkassen und die KV MV in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle nach § 23 geschlossen haben.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KV MV erteilt den gemäß §§ 3 und 4 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in den Anlagen 1a/ 1b und/oder 2a/2b genannte Strukturqualität entsprechend der Angabe auf der Teilnahmeerklärung gewählte Funktion und Indikation erfüllen.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung vorbehaltlich der Prüfung der Erfüllung der Strukturvoraussetzungen durch die KV MV, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme gegenüber der KV MV schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KV MV informiert unverzüglich die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen.
- (3) Die Teilnahme eines Vertragsarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV MV.
- (5) Endet oder ruht die Teilnahme eines Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzteverzeichnis gem. § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Vertragsarztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (6) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 5 für beide Indikationen jeweils gesondert.

§ 8

Verzeichnis der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV MV jeweils ein Verzeichnis. Die KV MV stellt diese Verzeichnisse den Krankenkassen in elektronischer Form entsprechend den Anlagen 7a und 7b zur Verfügung. Veränderungen sind den Krankenkassen von der KV MV in oben genannter Form unverzüglich mitzuteilen.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung führt ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Das Krankenhausverzeichnis stellt die Gemeinsame Einrichtung den Krankenkassen und der KV MV mit jeder Änderung zur Verfügung. Die KV MV informiert die teilnehmenden Ärzte über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen.

- (3) Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung des BVA und des jeweiligen Prüfdienstes zur Verfügung.
- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse folgenden Personengruppen zur Verfügung gestellt:
 - 1. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung durch die Krankenkasse,
 - 2. der Datenstelle nach § 23 durch die Gemeinsame Einrichtung und durch die KV MV.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis kann bei Bedarf durch die Vertragspartner veröffentlicht werden.

ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und COPD

- (1) Die Medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale sind in der Anlage 5a definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 9 der RSAV. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 die 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 Medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm COPD sind in der Anlage 5b definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen der Anlage 11 der RSAV. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 die 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.

ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind diagnosespezifisch die in den Anlagen 6a (Asthma) und 6b (COPD) genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlagen 5a und 5b Ziffer 1.6,
- Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 10a und 10b und/oder 12a und 12b der RSAV,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 9 und 11 zur RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend Ziffer 2 der Anlagen 9 und 11 der RSAV können insbesondere gehören:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise für die jeweiligen Diagnosen (z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, in der Fachpresse) regelmäßig, mindestens einmal jährlich veröffentlicht.

§ 12

Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms vereinbaren die Vertragspartner wirksame Maßnahmen, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Mit seiner Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Vertragsarzt zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages gemäß § 3. Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt nach § 3 gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KV MV eine der folgenden Maßnahmen. In der Gemeinsamen Einrichtung ist die Maßnahme abzustimmen, sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.
 - Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen,
 - Aufforderung durch die KV MV, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. nicht fristgerecht bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV MV nach Anhörung der Krankenkassen.
- (3) Übernimmt ein nach § 4 teilnehmender Facharzt in Ausnahmefällen die Langzeitbetreuung, Koordination und Dokumentation des Versicherten und verstößt dieser gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, gilt Absatz 2 analog.

ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:
1. Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale:
 - die Diagnose des Asthma bronchiale gemäß Anlage 9 Ziffer 1.2 der RSAV gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 9 Ziffer 3.2 der RSAV erfüllt,
 - der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 9 Ziffer 1.3.1 der RSAV genannten Therapieziele profitiert und
 - der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
 2. Teilnahme am Programm zu COPD
 - die Diagnose COPD gemäß Anlage 11 Ziffer 1.2 der RSAV gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 11 Ziffer 3.2 der RSAV erfüllt
 - der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 11 Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele profitiert und
 - der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (3) Eine gleichzeitige Einschreibung des Versicherten in das Programm Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

§ 14 Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 13 „Patienteninformation“ umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem teilnehmenden Vertragsarzt gemäß § 3 einschreiben.

- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen vorliegen:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 2. die vollständigen Daten der Einschreibekriterien. Diese sind
 - a) für Asthma bronchiale die Zeile 1 – 17 der Erstdokumentation der Anlage 10b RSAV mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug,
 - b) für COPD die Zeile 1 – 11 der Erstdokumentation der Anlage 12b RSAV mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug,
 3. die vollständigen Daten der Erstdokumentation. Diese sind
 - a) für Asthma bronchiale die Zeile 18 ff. der Erstdokumentation der Anlage 10b RSAV mit Versichertenbezug,
 - b) für COPD die Zeile 12 ff. der Erstdokumentation der Anlage 12b RSAV mit Versichertenbezug.
- (4) Mit der Teilnahmeerklärung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt sowie das Behandlungsprogramm. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 für die jeweilige Diagnose an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 10a/b bzw. 12a/b der RSAV vorliegt. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.
- (5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und zur Teilnahme am DMP motivieren. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an teilnehmende koordinierende Vertragsärzte verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 und Abs. 4 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 und Abs. 4 vorliegen und die Krankenkasse den Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach

Anlage 9 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 und Abs. 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung und veranlasst die Erstellung der Versichertenkarte mit DMP-Kennzeichen und verlangt vom Patienten die Rückgabe seiner alten Versichertenkarte.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich 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 des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch mit dem Tag
 - der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum) nach Anlage 10a oder 10b bzw. 12a oder 12b bei Vorliegen der Beendigungstatbestände des § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV,
 - des Endes der Programmzulassung,
 - des Widerrufs der Einwilligungserklärung der Versicherten,
 - des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs.
- (4) Für Versicherte, die an dem Programm zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie zeitnah zu prüfen, ob die in Anlage 9 Ziffer 3.2 der RSAV genannten Kriterien der Lungenfunktion noch erfüllt sind. Sind diese Kriterien nicht mehr erfüllt, muss dies durch den koordinierenden Arzt dokumentiert werden und der Versicherte gemäß § 28d Abs. 2 RSA aus dem Programm ausgeschrieben werden.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm. Der Versicherte erhält von der Krankenkasse eine neue Krankenversicherungskarte ohne DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert, seine alte Krankenversicherungskarte mit der DMP-Kennzeichnung unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.
- (6) Eine erneute Einschreibung eines Versicherten ist jederzeit möglich, sofern er die Voraussetzungen nach § 13 erfüllt.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen koordinierenden Vertragsarzt erneut die Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 15 und kreuzt „Arzt-Wechsel“ an. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese zusammen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung an die Datenstelle nach § 23. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen bei der zuständigen Krankenkasse wird auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.
- (2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

ABSCHNITT VI SCHULUNG

§ 18

Information und Schulung von Leistungserbringern

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KV MV informieren die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß § 3 umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten diagnosespezifischen Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnehmenden Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnehmenden Vertragsärzte nach § 3 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlagen 1a/b, 2a/b) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV MV nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß Anlage 5a oder 5b einbezogen werden.
- (4) Kenntnis über Schulungsbestandteile, die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern erworben wurden, müssen nicht wiederholt werden.

- (5) Die für die Durchführung von Disease Management Programmen notwendigen Schulungsbestandteilen entsprechen der RSAV.

§ 19

Information und Schulung von Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der Anlage 13 „Patienteninformation“ ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten diagnosespezifischen Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Bezugspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Sie verfolgen das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln.
- (4) Im Rahmen der Disease-Management-Programme werden ausschließlich die in Anlage 15a und 15b genannten Schulungsprogramme genutzt. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der RSAV, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Vertragsärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 14a und/oder 14b erfüllen und eine Genehmigung der KV MV erhalten haben.
- (7) Die teilnehmenden Leistungserbringer nach §§ 3 und 4 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils vorgesehenen Qualitätsanforderungen für Schulende der Programme, die in der Anlage 14a und/oder 14b benannt sind, zu erfüllen.
- (8) Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn diese vom BVA zertifiziert worden sind.
- (9) Die Teilnahme von Begleitpersonen und/ oder Angehörigen an Schulungen ist mit Ausnahme des Programmes „Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen“ kostenfrei.

ABSCHNITT VII ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 20

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28 f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV MV und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Weiterhin hat sie die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, das Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, diesem gegenüber den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Behandlungsprogramms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten der Anlage 10 und 12 der RSAV erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (4) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 21

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28 f Absatz 2 Nr. 4 der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben oder erweitern die Aufgaben einer schon bestehenden Gemeinsamen Einrichtung. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Der Gemeinsamen Einrichtung obliegt die Aufgabe - auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten - die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß Anlage 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 10a und 12a der RSAV, die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arz-

- neimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 10a und 12a der RSAV, und - sofern dies vorgesehen ist - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 10a und 12a der RSAV,
2. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV.

ABSCHNITT VIII

DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN VERTRAGSÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 10a und 10b sowie 12a und 12b RSAV aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach § 28 b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach § 28 c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28 d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer § 28 e RSAV und die Evaluation nach § 28 g RSAV genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 8a oder 8b dieses Vertrages entsprechend der Ausprägung des jeweiligen Krankungsbildes fest, welcher Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 23

Datenstelle

- (1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft (§ 20) werden eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben beauftragen. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit den in Absatz 6 genannten Aufgaben.

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt nach § 20 Absatz 3 die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Erfassung der Dokumentationsdaten 10a und/oder 12a der RSAV,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten 10a und/oder 12a der RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten 10a und/oder 12a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV MV.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme der Dokumentationsdaten 10b und/oder 12b der RSAV,
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 10b - Datensatzes, Zeilen 1 – 17 (Einschreibung), der RSAV mit Versichertenbezug und Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 10b - Datensatzes, Zeilen 18 – ff. (Erstdokumentation), der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 12b - Datensatzes, Zeilen 1 – 11 (Einschreibung), der RSAV mit Versichertenbezug und Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 12b - Datensatzes, Zeilen 12 – ff. (Erstdokumentation), der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 10b und/oder 12b- Datensatzes (Folgedokumentation) der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieses Vertrages sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 4) des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Trennung der Dokumentationen in die Datensätze 10a und 10b sowie 12a und 12b der RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten 10a bzw. 12a der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft,
 - Anonymisierung des Arztbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten 10b der RSAV - mit Ausnahme der Zeilen 1-17 der Dokumentationsdaten 10b (Erstdokumentation) sowie der Dokumentationsdaten 12 b der RSAV - mit Ausnahme der Zeilen 1-11 der Dokumentationsdaten 12b (Erstdokumentation) – sowie Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.

- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 24

Datenflüsse zur Datenstelle

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose,
 2. die vollständige Erstdokumentation 10a/b gemäß Anlage 8a mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug und
 3. die vollständige Folgedokumentation 10a/b gemäß Anlage 8a mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug,
 4. die vollständige Erstdokumentation 12a/b gemäß Anlage 8b mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug und
 5. die vollständige Folgedokumentation 12a/b gemäß Anlage 8b mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug
- binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle weiterzuleiten. Dies kann auch auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) geschehen. Bei elektronischer Übermittlung der Dokumentationsdaten verpflichtet sich der koordinierende Arzt die Dokumentationsdaten die von der Datenstelle gemäß der auf Spitzenverbandsebene abgestimmten Regelungen erzeugten Versandliste zu kontrollieren. Die Angaben zu bestätigen und unverzüglich an die Datenstelle zurückzusenden.
- Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Zeichen bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Die Versicherten willigen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens; im Falle einer zukünftigen elektronischen Übermittlung erhält der Versicherte einen Ausdruck der übermittelten Daten; die Dokumentationsdaten der Anlage 10b bzw. 12b RSAV sind zu kennzeichnen.
- (3) Der Vertragsarzt gibt auf dem Dokumentationsbogen den Tag der Unterschrift an und unterschreibt ihn.

§ 25

Datenflüsse über die Datenstelle

- (1) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 24 dieses Vertrages übermittelt die Datenstelle für das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale:

1. bei Ersteinschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Zeilen 1-17 der Dokumentationsdaten 10b (Erstdokumentation) der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 2. bei der Ersteinschreibung die Zeilen 18 ff. der Dokumentationsdaten 10b der RSAV (Erstdokumentation) mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 3. bei Wechsel des gewählten Vertragsarztes die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Folgedokumentation der Anlage 10b der RSAV mit Versichertenbezug an die jeweilige Krankenkasse
 4. bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 10b der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 5. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten 10a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung,
 6. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten 10a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.
- (2) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 24 dieses Vertrages übermittelt die Datenstelle für das Behandlungsprogramm COPD:
1. bei Ersteinschreibung oder bei Wechsel des gewählten Vertragsarztes die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Zeilen 1-11 der Dokumentationsdaten 12b (Erstdokumentation) der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 2. bei der Ersteinschreibung oder bei Wechsel des gewählten Vertragsarztes die Zeilen 12 ff. der Dokumentationsdaten 12b der RSAV (Erstdokumentation) mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 3. bei Wechsel des gewählten Vertragsarztes die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Folgedokumentation der Anlage 12b der RSAV mit Versichertenbezug an die jeweilige Krankenkasse
 4. bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 12b der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 5. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten 12a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung,
 6. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten 12a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

§ 26 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle, die KV MV, die Krankenkasse und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 27

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden sieben Jahre archiviert, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, und werden nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

§ 28

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.

ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 29 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KV MV definierten budgetierten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 30 Vergütung Dokumentation und Schulungen

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die KV MV. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß Anlage 8a oder 8b und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für zur Teilnahme berechnigte Versicherte erhalten Vertragsärzte nach § 3 folgende pauschale Vergütung:

Asthma bronchiale:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	20,- €	GOP 99510
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen	20,- €	GOP 99511

COPD:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	20,- €	GOP 99540
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen	20,- €	GOP 99541

- (3) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 erhält nach Einschreibung eines Versicherten einer teilnehmenden Krankenkasse in eines der beiden DMP Asthma bronchiale oder COPD eine einmalige Betreuungspauschale in Höhe von 5,- € (GOP 99530 Asthma oder GOP 99560 COPD).

- (4) Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließen eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.
- (5) Die Pseudoziffer GOP 99510 und GOP 99540 (Erstdokumentation) können grundsätzlich nur einmal je Versicherten und Arzt abgerechnet werden, unbeschadet der Regelung der RSAV zum Verfahren der Wiedereinschreibung.
- (6) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KV MV bis zum dritten Werktag des Folgequartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle monatlich die Anzahl der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber der KV MV.
- (7) Es sind nur die in den Anlagen 15a und/oder 15b aufgeführten Schulungsmaßnahmen zugelassen und abrechnungsfähig und werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung wie folgt honoriert:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Einheit	GOP
– Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kinder und Jugendlichen der AG Asthaschulungen im Kindes- und Jugendalter e.V.	bis zu maximal 8 Kinder und Jugendliche pro Schulung.	18 Einheiten je 45 min. für Kinder und 12 Einheiten je 45 min. für die Eltern	22,50 € je UE	99512
Nachschulungen (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x Jahr abrechnungsfähig)	max. 8	mind. 45 min.	18 € je UE (max. 3UE)	99513

Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS), oder Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)	max. 8 (Erwachsene)	6 Einheiten je 60 min.	30 € je UE	99515
Nachschulungen AFAS/NASA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	max. 8		18 € je UE (max. 3 UE)	99516
Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch-obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)	max. 8	6 Einheiten je 60 min.	30 € je UE	99542
Nachschulungen COBRA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	max. 8	mind. 45 min.	18 € je UE (max. 3 UE)	99543

- (8) Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je Patient nur einmal berechnungsfähig. Die Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der Schulungsmaßnahmen und stimmen ggf. erforderliche Mengensteuerungsmaßnahmen ab.
- (9) Die KV MV sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KV MV 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.

ABSCHNITT X SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 31

Kosten zur Durchführung des Vertrages

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Datensätze 10a/b sowie 12a/b der RSAV stehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.
- (2) Kosten der arztseitigen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung werden gemeinschaftlich von den Vertragspartnern getragen.
- (3) Kosten, die durch die nach § 18 notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KV MV übernimmt den Versand und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke und dazugehörigen Ausfüllhilfen übernehmen die Krankenkassen. Den Versand und die Verteilung übernimmt die KV MV.
- (5) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm auf Basis der Statistik KM 6 Teil 2 zum Stichtag 01.07. des Jahres.
- (6) Die Kosten der Gemeinsamen Einrichtung werden im Vertrag zur Gemeinsamen Einrichtung geregelt.
- (7) Die Kosten für die Arbeitsgemeinschaft werden im Vertrag zur Arbeitsgemeinschaft geregelt.

§ 32

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KV MV liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten - versicherten- und arztbezogen - an die Krankenkassen.
- (2) Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 33 Evaluation

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programmes sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie den Vorgaben des BVA.

§ 34 Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2006 in Kraft und endet spätestens mit Ablauf des Zulassungsbescheides durch das BVA. Spätestens 6 Monate vor Vertragsende verständigen sich die Vertragspartner, ob und in welcher Form das Disease-Management-Programm zur erneuten Akkreditierung vorgelegt wird.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV gemäß § 28 b Abs. 2 RSAV, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 28 b Abs.3 der RSAV sind hierbei einzuhalten.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag, unter Berücksichtigung von Abs. 1 Satz 2, für den neuen Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. Versagung oder Entzug der Akkreditierung, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) 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.

§ 35 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.

Hamburg, Lübeck, Schwerin, den 22.05.2006

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

IKK Landesverband Nord

BKK – Landesverband NORD

Verband der Angestellten-
Krankenkassen e.V.
Landesvertretung Mecklenburg-
Vorpommern

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Landesvertretung Mecklenburg-
Vorpommern

AOK Mecklenburg-Vorpommern

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1a	Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) Asthma bronchiale
Anlage 1b	Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) COPD
Anlage 2a	Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) Asthma bronchiale
Anlage 2b	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor für Vertragsärzte nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) COPD
Anlage 3a	Strukturqualität für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen Asthma bronchiale
Anlage 3b	Strukturqualität für Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen COPD
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Vertragsarzt
Anlage 5a	Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (Anlage 9 der RSAV)
Anlage 5b	Versorgungsinhalte COPD (Anlage 11 der RSAV)
Anlage 6a	Qualitätssicherung Asthma bronchiale (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 6b	Qualitätssicherung COPD (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
Anlage 7a	Verzeichnis der Leistungserbringer Asthma bronchiale
Anlage 7b	Verzeichnis der Leistungserbringer COPD
Anlage 8a	Dokumentationsbogen 10a/b Asthma bronchiale
Anlage 8b	Dokumentationsbogen 12a/b COPD
Anlage 9a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma bronchiale
Anlage 9b	Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD
Anlage 10a	Datenschutzerklärung Asthma Bronchiale
Anlage 10b	Datenschutzerklärung COPD
Anlage 11	Vertrag zur Einbindung Krankenhäuser
Anlage 12a	Verzeichnis Krankenhäuser Asthma bronchiale
Anlage 12b	Verzeichnis Krankenhäuser COPD
Anlage 13a	Patienteninformation Asthma bronchiale
Anlage 13b	Patienteninformation COPD
Anlage 14a	Strukturqualität Schulungsarzt Asthma bronchiale
Anlage 14b	Strukturqualität Schulungsarzt COPD

Anlage 15a Patientenschulungen Asthma bronchiale
Anlage 15b Patientenschulungen COPD