

Vertrag

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

Koronare Herzkrankheit (KHK)

auf der Grundlage des § 73 a SGB V

zwischen

**dem IKK Landesverband Nord
(mit Wirkung für die Innungskasse Mecklenburg-Vorpommern),**

**dem BKK-Landesverband NORD
(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt)**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
vertreten durch den Vorstand**

(nachstehend KV MV genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors
- § 4a Krankenhäuser/ Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Strukturqualitäten
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Nichteinhaltung bzw. Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

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

Abschnitt VI – Schulungen

- § 19 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer
- § 20 Versicherte

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

- § 21 Datenstelle
- § 22 Datennutzung
- § 23 Erst- und Folgedokumentationen
- § 24 Datenfluss zur Datenstelle
- § 25 Datenzugang
- § 26 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung

- § 27 Datenfluss
- § 28 Datenzugang
- § 29 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

- § 30 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 32 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 33 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X - Evaluation

- § 34 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

- § 35 Vertragsärztliche Leistungen
- § 36 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 37 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 39 Laufzeit und Kündigung
- § 40 Schriftform
- § 41 Salvatorische Klausel

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV beruhen, optimiert werden. Daher schließen die vertragsabschließenden Krankenkassen /-verbände und die KV MV folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 73 a 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. Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Etwa 21 % der Bevölkerung in Deutschland verstirbt an akuten oder chronischen Folgen einer KHK. Die KHK ist die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die koronare Herzerkrankung eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgeerkrankungen positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser KHK-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden. Der Verbesserung der Versorgung von KHK-Patienten wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

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. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Vertragsärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm KHK in der Region der KV MV hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Ziffer 1.3 der RSAV an:
 1. Reduktion der Sterblichkeit,
 2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Vertragsärzte in der Region der KV MV, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
 2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
 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 eine am Vertrag teilnehmende 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 § 36 anerkennen. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen außerhalb Mecklenburg Vorpommerns, die ihren Beitritt gegen über der KV MV und dem IKK Landesverband Nord erklären und die Vergütungen gemäß § 36 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder gesetzliche Vorschriften gelten. Die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklärt haben.

- (4) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV MV informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (5) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1, Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (6) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 39 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 5 sowie 6 a und 6 b der RSAV.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierende Vertragsärzte)

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte,
 - die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit die Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ keine hiervon abweichende Regelung vorsieht,
 - die die Anforderungen an die Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ erfüllen,
 - die diese Strukturqualität zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (3) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im Weiteren als koordinierender Vertragsarzt bezeichnet) gehören insbesondere:
 1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.7 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach den Abschnitten VII und VIII,
 3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

4. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbe-
rechtigung gegenüber der KV MV nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der
Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
 5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.2 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten In-
dikatoren eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2
„Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Ver-
trag teilnehmende Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Strukturqualität für
andere Leistungserbringer“ vorzunehmen. Im übrigen entscheidet der Vertragsarzt
nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung,
 6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten In-
dikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) ge-
eignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 „Teilnehmende Krankenhäuser am
Behandlungsprogramm KHK“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninte-
ressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen.
- Sobald Krankenhäuser in dieses Programm eingebunden sind, soll eine stationäre
Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen
Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich ein-
gebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Not-
fallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
7. bei Überweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die me-
dikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der fachärztlich tätige Internist,
insbesondere mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie, - im Folgenden „Facharzt“
genannt – wenn er die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztli-
cher Versorgungssektor“ erfüllt. Die Strukturqualität muß der Vertragsarzt zu Beginn der
Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (3) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbeson-
dere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung
der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitäts-
gesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des
im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbe-
rechtigung gegenüber der KV MV entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Struk-
turqualität für andere Leistungserbringer“ gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 „Versor-
gungsinhalte“. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen

über eine Überweisung.

5. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt sind an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierrelevante Informationen zu übermitteln,
6. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierrelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 7 „Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm KHK“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen.

Sobald Krankenhäuser in dieses Programm eingebunden sind, soll eine stationäre Einweisung von teilnehmenden Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur an diese vertraglich eingebundenen stationären Einrichtungen erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

§ 4 a

Krankenhäuser/ Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen /-verbände binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung sowie Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich ein.
- (2) Die Teilnahme der Krankenhäuser/ Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.
- (3) Die teilnehmenden Krankenhäuser werden verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität Anlage 4 „Strukturqualität Krankenhaus“ zu beachten und die Patienten gemäß den medizinischen Grundlagen der RSAV zu behandeln.
- (4) Voraussetzung für die vertragliche Einbindung von Krankenhäusern ist der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Strukturqualität durch den Teilnahmeantrag für Krankenhäuser Anlage 4a „Teilnahmeantrag für Krankenhäuser“ und dessen Prüfung durch die Krankenkassen/-verbände.
- (5) Die Krankenkassen/-verbände wirken darauf hin, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen die medizinischen Grundlagen der RSAV beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.
- (6) **Der Abschnitt XI zur Vergütung und Abrechnung** gilt nicht. Hier kommen für Krankenhäuser die geltenden Regelungen nach KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), BpflV (Bundespflugesatzverordnung) und KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz) und für Rehabilitationseinrichtungen zur Veranlassung und Vergütung die Regelungen nach SGB V und SGB IX zur Anwendung.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KV MV schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit.
- (2) Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft gemäß 30 und die Krankenkassen /-verbände die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

§ 6

Überprüfung der Strukturqualitäten

- (1) Die KV MV prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und entscheidet über die Teilnahme und Abrechnungsgenehmigung des Vertragsarztes.
- (2) Die KV MV prüft die Voraussetzungen der Schulungsberechtigten entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 20 Abs. 3 und entscheidet über die Abrechnungsgenehmigung des Vertragsarztes.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV MV bestätigt.
- (2) Der Vertragsarzt kann sein Teilnahme schriftlich gegenüber der KV MV zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV MV.
- (4) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm KHK“ gemäß § 8 zukommen lassen.
- (5) Die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag kann bei Verstoß gegen die vertraglichen Pflichten entsprechend § 12 durch die Vertragspartner beendet werden.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV MV ein Verzeichnis. Die KV MV stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen bei jeder Änderung, insbesondere zu Eintritt und Austritt der Vertragsärzte, in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 6 Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm KHK“ unverzüglich, d.h. am selben Tag, zur Verfügung.
- (2) Das Vertragsärzteverzeichnis gemäß Anlage 6 „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm KHK“ stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend unaufgefordert bei Verringerung der Leistungserbringerdichte bzw. auf Anforderung der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (3) Weiterhin wird dieses Vertragsärzteverzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung und
 3. der Datenstelle nach § 21.
- (4) Die Krankenkassen /-verbände führen ein Verzeichnis über die nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser.
- (5) Das Krankenhausverzeichnis gemäß Anlage 7 „Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm KHK“ stellen die Krankenkassen /-verbände dem BVA beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend unaufgefordert bei Verringerung der Leistungserbringerdichte bzw. auf Anforderung der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (6) Weiterhin wird dieses Krankenhausverzeichnis folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden, bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung.
- (7) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis mit Zustimmung der Leistungserbringer veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ erteilt.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen wortgleich der Anlage 5 Ziffern 1, 2 und 3 der RSAV. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 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.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 4 und 4a,
5. Vollständigkeit, Qualität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von Anlage 5 Ziffer 2 der RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 5 Ziffer 2 der RSAV insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 9 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren, die sich aus den Dokumentationen, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KV MV ergeben herangezogen.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und, z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung, regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

§ 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) Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Maßnahmen getroffen:
 1. Keine Vergütung von Dokumentationen erfolgt, sofern trotz des eingeleiteten Korrekturvorgangs durch die Datenstelle gemäß § 21 unvollständige, unplausible bzw. verspätete Dokumentationen vorliegen. Ggf. erfolgt eine nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen.
 2. Aufforderung durch die KV MV zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen.
 3. Hält der Vertragsarzt nachweislich die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme an diesem Vertrag auf begründeten Antrag eines Vertragspartners ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

Versicherte der Krankenkasse können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Ziffer 3 bis 3.2 der RSAV erfüllt sind:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 5 Ziffer 1.2 der RSAV auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und

3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt 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 Programm zur Folge hat.
4. Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse wird zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation bestehend aus Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt entsprechend der entsprechend der Anlagen 10 bis 12 über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß der RSAV informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Koordinierende Vertragsärzte gemäß § 3 informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen und plausiblen Daten der Einschreibekriterien (Zeile 1-12 der Erstdokumentation der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ mit Versicherten- und Leistungserbringerbezug) durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
 2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der Vertragsarzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung zu erwarten ist,
 3. die vollständige und plausible Erstdokumentation (Zeile 13 ff. der Erstdokumentation der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ mit Versichertenbezug).
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß Anlage 12 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.

- (5) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. 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 Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse daraufhingewiesen, dass die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 von einem vom Versicherten ausgewählten Vertragsarzt 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 Vertragsarzt die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums. Der Versicherte erhält zudem unverzüglich eine Krankenversicherungskarte mit DMP-Kennzeichnung und wird aufgefordert, seine alte Krankenversicherungskarte unverzüglich der Krankenkasse zur Verfügung zu stellen.
- (8) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Disease-Management-Programmen teilnehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach intensiver Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung (vgl. Anlage 11 „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 12 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Absatz 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Absatz 7.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme und/oder Einwilligung jederzeit schriftlich gegenüber der Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreiben bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 1. des Endes der Programmmzulassung,
 2. des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 3. des Kassenwechsels,

4. der letzten Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Terminen oder Schulungsterminen ohne plausible Begründung,
5. der letzten Dokumentation, wenn innerhalb von drei Jahren zwei Dokumentationen nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 genannten Frist übermittelt wurden und
6. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV.

Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

- (4) 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.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

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 „Arztwechsel“ an. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ und sendet die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die vollständige Folgedokumentation an die Datenstelle gemäß § 21. Nach Eingang der vollständigen Unterlagen wird auch der bisherige koordinierende Vertragsarzt über den Wechsel von der Krankenkasse informiert.

§ 18

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkasse übermittelt der KV MV quartalsweise eine Liste mit den Krankenversicherer-tennummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Schulungen

§ 19

Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer

- (1) Die Krankenkassen /-verbände und die KV MV informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer nach den §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die Disease-Management-Programme relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV MV nachzuweisen.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (5) Die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen notwendigen Schulungsbestandteile entsprechend der RSAV. Darüber hinaus werden keine Schulungsbestandteile vermittelt.

§ 20

Versicherte

- (1) Die Krankenkasse und der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 informieren anhand der Patienteninformation, Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Datenschutzhinweise entsprechend der Anlagen 10 bis 12 ihre Versicherten im Sinne der Anlage 5, Ziffer 3 der RSAV über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programmes KHK sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten. Daneben werden die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der koordinierende Vertragsarzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Schulungsbestandteile die nicht der RSAV entsprechen, werden nicht geschult.
Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren Disease-Management-Programmen, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß der Anlage 14 „Strukturqualität Schulungsarzt“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 15 „Patientenschulung“ sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 8 „Versorgungsinhalte“ einzubeziehen.

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

§ 21

Datenstelle

- (1) Die Vertragspartner, der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30 sowie die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 32 beauftragen einen Dritten als Datenstelle.
- (2) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Daten gemäß der RSAV im Auftrag der Vertragspartner unter Berücksichtigung des § 80 SGB X:
 - a) Der koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 bevollmächtigt die Arbeitsgemeinschaft über die Teilnahmeerklärung in seiner Vertretung mit der Datenstelle einen Vertrag zur Regelung der folgenden Sachverhalte zu schließen:
 1. die Prüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. die Nachforderung fehlender, unvollständiger oder unplausibler Dokumentationsbögen unmittelbar nach Prüfung der Dokumentation
 3. die Trennung in die Dokumentationen gemäß Anlage 6a und 6b der RSAV,
 4. die Anonymisierung des Arztbezuges in der von der Datenstelle erfassten 6b Dokumentationsdaten der Erstdokumentation (Zeile 16ff.) sowie der Folgedokumentation,
 5. die Übermittlung der Daten gemäß § 28f Abs. 1 und 2 RSAV.
 - b) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 30 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 6a der RSAV,
 2. Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 1 der RSAV,
 3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß § 28f Abs. 2 Ziff. 4 der RSAV an die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung.
 - c) Die Krankenkasse beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten,
 2. Entgegennahme, Erfassung und Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 6b der RSAV,

3. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 6b-Datensatzes (Zeilen 1-15) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an die Krankenkasse,
4. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 6b-Datensatzes (Zeilen 16ff.) der Erstdokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse,
5. Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 6b-Datensatzes der Folgedokumentation gemäß RSAV mit Versicherten- aber ohne Arztbezug an die Krankenkasse,

d) Die KV MV beauftragt die Datenstelle mit folgender Aufgabe:

Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten 6a-Datensatzes der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

e) Die gemeinsame Einrichtung nach § 32 beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Weiterleitung der von der Datenstelle erfassten 6a-Datensätze der RSAV mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung für die Weitergabe der Daten im Rahmen der Qualitätssicherung und Evaluation des Programms,
2. Pseudonymisierung des Arztbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 28 f Abs. 2 Ziff. 4 RSAV,
3. Aufbereitung und Weitergabe aggregierter Daten für Berichte im Rahmen der Programmsteuerung an die Gesamtvertragspartner.

(3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilt die KV MV dem teilnehmenden koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

(4) Nach Erhalt der Mitteilung übermittelt der teilnehmende koordinierende Vertragsarzt gemäß § 3 die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ an die Datenstelle.

§ 22

Datennutzung

- (1) Die Datenverarbeitung mit rein internem Interesse zur Steuerung im Rahmen der DMP erfolgt im gegenseitigen Benehmen des jeweiligen Vertragspartners. Über die Ergebnisse erfolgt die gegenseitige Information.
- (2) Die Information an teilnehmende Patienten erfolgt in der Regel schriftlich auf Basis unspezifischer Daten direkt durch die Krankenkasse. Eine allgemeine Abstimmung über Informationsart, -form und -zeitpunkt erfolgt. Die Vertragspartner den koordinierenden Vertragsarzt über die durchgeführten Maßnahmen.
- (3) Die individuell anlassbezogene Information teilnehmender Patienten auf Basis der DMP-6b Daten erfolgt in der Regel schriftlich. Der Anlass der Übersendung des Informationsmaterials ist dem Versicherten in einem Anschreiben zu verdeutlichen. Die Krankenkasse informiert den koordinierenden Vertragsarzt über die durchgeführten Maßnahmen.

- (4) Die Vertragspartner stimmen die routinemäßig zu erstellende Datenauswertung ab. Dabei ist im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung eine Reduzierung des Umfangs anzustreben.

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach § 28b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 28c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 28e RSAV und die Evaluation nach § 28g RSAV genutzt.
- (2) Bei der Auswahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz hat der koordinierende Vertragsarzt die Anlage 16 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ zu beachten.
- (3) Die Vertragspartner streben eine EDV-technische Umsetzungslösung an.

§ 24

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,
1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose gemäß § 15 an die Datenstelle weiterzuleiten.
 2. die vollständige Erstdokumentation 6a/b gemäß Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug zum Ende der Kalenderwoche spätestens jedoch binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
 3. die vollständige Folgedokumentation 6a/b gemäß Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug spätestens binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 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.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 12 „Teilnahmeerklärung- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die übermittelten 6b-Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens.
- (4) Im Falle einer zukünftigen elektronischen Übermittlung erhält der Versicherte einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer Ausdruck wird im Falle der elektronischen Übermittlung von dem Versicherten unterschrieben und verbleibt als Nachweis der Einwilligung zur Datenübermittlung beim koordinierenden Vertragsarzt. Dieser unterschriebene Ausdruck ist sieben Jahre beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalen-

derjahr in der Arztpraxis aufzubewahren. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der koordinierende Vertragsarzt auf Anforderung dieses Exemplar der Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält der Vertragsarzt das Exemplar zurück.

§ 25

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.

§ 26

Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des Arztes übermittelten personenbezogenen
oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Kran-
kenkassen /-verbände, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle ge-
löscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente der a- und b-Dokumentationsdaten
bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres und vernichtet
diese nach Ablauf dieser Frist.

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 27

Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende
koordinierende Vertragsarzt, bei Ersteinschreibung des Versicherten dessen Teilnahme-
und Einwilligungserklärung zum Ende der Kalenderwoche, spätestens jedoch binnen 10
Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzulei-
ten.
- (2) Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neue
koordinierende Vertragsarzt nach § 3 die erneut ausgefüllte Teilnahme- und Einwilli-
gungserklärung des Versicherten an die Datenstelle.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung den dort erfassten 6b-Datensatz,
Zeilen 1-15 der RSAV mit Versicherten- und Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der
Krankenkasse.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung den dort erfassten 6b-Datensatz,
Zeilen 16-ff der Erstdokumentation mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an das
DMP-Datenzentrum der Krankenkasse.

- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 6b der RSAV mit Versichertenbezug aber ohne Arztbezug an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse.
- (6) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 6a der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (7) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten 6a mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KV MV.

§ 28

Datenzugang

Zugang zu den an die Krankenkassen /-verbände, die KV MV und die Gemeinsame Einrichtung übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtlich Bestimmungen werden beachtet.

§ 29

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von der Krankenkasse, der KV MV und der Gemeinsamen Einrichtung bis zum Ablauf des siebten auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahres aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht bzw. vernichtet.

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 30

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 Abs. 2 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 31

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn an die KV MV und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 „Qualitätssicherung“ auf Grundlage der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ weiterzuleiten.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat die Aufgabe, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, das Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten 6a der RSAV erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 32

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Absatz 2 Nr. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag. Dieser legt insbesondere fest, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfbescheinigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 33

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 9 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 6a der RSAV,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten 6a der RSAV,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten 6a der RSAV,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV,
 5. Zustimmung zu Nachschulungen gemäß § 36 Abs. 3.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in § 21 Abs. 3e genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach, wobei alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf die Daten haben.

Abschnitt X - Evaluation

§ 34

Evaluation

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes. Für die gemäß Anlage 1 Ziffer 5 der RSAV vorgesehene Stichprobenbefragung wird die Krankenkasse ein Adressmittlungsverfahren vorsehen.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der Krankenkasse und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KV MV gemäß § 295 Absatz 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen.

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

§ 35

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind in der Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KV MV definierten Kopfpauschalvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 36

Sondervergütung

- (1) Für die vollständigen Dokumentationen gemäß den Dokumentationen entsprechend der Anlage 13 „Dokumentationsbogen 6a/b“ der RSAV in der jeweils gültigen Fassung und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation je festgelegtem Dokumentationsintervall (Quartal, Halbjahr) für in das strukturierte Behandlungsprogramm eingeschriebene Versicherte werden folgende Vergütungen vereinbart:

Information, Beratung, Einschreibung und Koordination des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3	15,00 €	GOP 9400
Koordination, Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den Vertragsarzt nach § 3	13,50 €	GOP 9402

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen ist damit abgegolten.

Die Pseudo-Ziffer 9400 (Erstdokumentation) kann grundsätzlich nur 1x je Versicherten abgerechnet werden. Die Pseudo-Ziffer 9402 (Folgedokumentation) kann je Versicherten und Vertragsarzt nur entsprechend der festgelegten Dokumentationsfrequenz gemäß Anlage 16 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ abgerechnet werden.

- (2) 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 vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber der KV MV.
- (3) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß § 20 erfüllen.

Die Schulungen werden wie folgt vergütet, wobei eine Unterrichtseinheit (UE) einen Zeitraum von 90 Minuten darstellt:

Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage; 2. Auflage 2003 bearbeitet von Dr. M. Grüßer und Dr. V. Jörgens; Deutscher Ärzte Verlag	4 UE, bis zu 4 Patienten Die Schulung erfolgt im wöchentlichen Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.	20,00 € pro UE/ Patient	GOP 9412
Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP); T. Heise, E. Jennen, P. Sawicki, ZaeFQ 95; 349-355	3-4 UE, 4 bis 6 Patienten Die Schulung erfolgt im wöchentlichen Abstand.	20,00 € pro UE/ Patient	GOP 9413
Hypertonie-Schulungsmaterial		8,95 € pro Patient	GOP 9430

Nach diesem Vertrag können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten ist zu berücksichtigen.

Die Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig. Nachschulungen, ausschließlich in Form von modularen Schulungen, bedürfen der Begründung des schulenden Vertragsarztes sowie der Zustimmung der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 33.

Für Patienten die aufgrund ihrer Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 bereits Hypertonieschulungen erhalten haben, ist die Abrechnung der Hypertonieschulungsprogramme "Behandlungs- und Schulungsprogramme für Patienten mit Hypertonie" und HBSP im Rahmen von DMP KHK ausgeschlossen.

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

Die KV MV weist gegenüber der Krankenkasse durch ein geeignetes Verfahren (jeweils Datum und Unterschrift des Vertragsarztes und des geschulten Patienten pro UE) die Erbringung der UE nach.

Die KV MV sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

Die KV MV weist gegenüber der Krankenkasse quartalsweise die abgerechneten UE sowie abgerechneten Schulungsmaterialien unter Angabe der Arzt- und Versichertennummer in den Abrechnungsunterlagen aus.

- (4) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (5) Die Entwicklung der Leistungsmenge der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte wird ein Jahr nach Vertragsbeginn durch die Vertragspartner gemeinsam analysiert.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 37

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern 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.

§ 38

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 an die Krankenkasse.
- (2) Die Datenübermittlung 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.
- (3) Sofern die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30, auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug der Dokumentationsdaten 6a der RSAV wiederherstellt, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-

Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erforderlich ist, gibt die KV MV der Arbeitsgemeinschaft den Arzt bekannt.

§ 39

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am Tage der Unterzeichnung in Kraft und endet spätestens mit Ablauf des Zulassungsbescheides durch das BVA. Spätestens sechs 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, einer Empfehlung des Koordinierungsausschusses nach § 137 f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 28 b RSAV sind zu beachten.
- (3) Bei erneuter Zulassung gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung von Absatz 1 Satz 2 für den Zulassungszeitraum weiter für den erneuten Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und der 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 oder der Nicht-Akkreditierung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.
- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (6) Die Bestimmungen zur Vergütung und Abrechnung (Abschnitt XI) werden bei Änderungen des EBM, sofern sie diesen Vertragsinhalt und ggf. ergänzende Vereinbarungen tangieren, unverzüglich angepasst. Die notwendigen Neuregelungen zur Vergütung gelten zeitgleich mit Wirkung des Inkrafttretens der entsprechenden Änderungen des EBM.

§ 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.

Schwerin, den 14. Juli 2004

Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

IKK Landesverband Nord

BKK Landesverband Nord

Übersicht Anlagen

- Anlage 1** **Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt**
- Anlage 2** **Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor**
- Anlage 3** **Strukturqualität für andere Leistungserbringer**
- Anlage 4** **Strukturqualität Krankenhaus**
- Anlage 4a** **Teilnahmeantrag für Krankenhäuser**
- Anlage 5** **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**
- Anlage 6** **Verzeichnis „Teilnehmende Vertragsärzte am Behandlungsprogramm KHK“**
- Anlage 7** **Verzeichnis „Teilnehmende Krankenhäuser am Behandlungsprogramm KHK“**
- Anlage 8** **Versorgungsinhalte**
- Anlage 9** **Qualitätssicherung**
- Anlage 10** **Patientenmerkblatt**
- Anlage 11** **Datenschutzinformation**
- Anlage 12** **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**
- Anlage 13** **Dokumentationsbogen 6a/b**
- Anlage 14** **Strukturqualität Schulungsarzt**
- Anlage 15** **Patientenschulung**
- Anlage 16** **Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz**