

V E R E I N B A R U N G

**zur Optimierung der Versorgung von
Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)**

**im Rahmen
strukturierter Behandlungsprogramme nach
§ 137f SGB V**

in der Fassung vom 01.04.2021

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe, 44127 Dortmund
vertreten durch den Vorstand
(nachstehend KVWL genannt)**

und

der AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST

der IKK classic

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse**

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)**
- BARMER**
- DAK-Gesundheit**
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- Handelskrankenkasse (hkk)**
- HEK – Hanseatische Krankenkasse**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen**

(nachstehend Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen

- § 3 Teilnahmegrundsätze
- § 3a Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors
- § 4 Beteiligung des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 5a Einbindung von Krankenhäusern
- § 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen
- § 6 Teilnahmeerklärung
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis

Abschnitt III - Versorgungsinhalte

- § 10a Medizinische Anforderungen
- § 10b Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors
- § 10c Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 13 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI - Schulungen

- § 19 Schulungen, Information der Ärzte
- § 20 Schulungen, Information der Versicherten

Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung nach

- § 21 Arbeitsgemeinschaft
- § 22 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Gemeinsame Einrichtung
- § 24 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VIII - Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 25 Datenstelle
- § 26 Erst- und Folgedokumentation
- § 27 Datenfluss zur Datenstelle
- § 28 Datenzugang / Berechtigungen der Datenstelle
- § 29 Datenaufbereitung

Abschnitt IX - Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und zur Gemeinsamen Einrichtung

- § 30 Datenfluss
- § 31 Datenzugang
- § 32 Datenaufbewahrung

Abschnitt X - Evaluation

- § 33 Evaluation

Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung

- § 34 Ärztliche Leistungen
- § 35 Qualitätsorientierte Vergütung

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

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

Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
- Anlage 2 Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
- Anlage 3 Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer
- Anlage 4 unbesetzt
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung des Arztes
- Anlage 5a Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten
- Anlage 6 Leistungserbringerverzeichnis – Ambulanter Sektor
- Anlage 7 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 8 Arzt-/Versichertenbezogene Qualitätssicherung
- Anlage 9 indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter, Datenschutzinformation, Patienteninformation
- Anlage 10 Schulungen und Vergütung
- Anlage 11 Vergütung DMP-Leistungen
- Anlage 12 Vergütungen von Leistungen der Ärzte der 2. Versorgungsebene nach § 4, die die Strukturqualität der Anlage 2 erfüllen

Erläuterungen / Abkürzungen

- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „DS-GVO“ ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung.
- „Fachärztlich qualifizierte Ärzte“ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnigte angestellte Ärzte nach § 4 dieser Vereinbarung.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „Koordinierende Ärzte“ sind Ärzte sowie bei diesen zur Erbringung von DMP-Leistungen berechnigte angestellte Ärzte nach § 3a dieser Vereinbarung. Ferner können Ärzte nach § 4 dieser Vereinbarung die koordinierende Funktion im Ausnahmefall übernehmen, sofern sie die Patienten in Dauerbehandlung betreuen.
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

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

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

Präambel

Die Koronare Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt) 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.

Der Verbesserung der Versorgung von KHK-Patienten messen die Vertragspartner einen hohen Stellenwert bei. Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V optimiert werden. Deshalb haben die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe und die KVWL folgende Vereinbarung geschlossen. Um der Dynamik des medizinischen Fortschrittes und dem daraus resultierenden Wandel der Versorgung Rechnung zu tragen, werden die Vertragspartner die Aktualisierungen der Anforderungen an dieses Programm fortlaufend berücksichtigen. Darüber hinaus werden Erkenntnisse aus der Evaluation der DMP und ergänzender Studien in die Weiterentwicklung dieser Programme einfließen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Regelungen für die Indikation KHK sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5 sowie in der RSAV festgelegt.

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist unter Beachtung der nach § 10a geregelten Versorgungsinhalte durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf die Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit KHK zu sichern und zu verbessern. Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden koordinierenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben nach dieser Vereinbarung und strukturieren die Behandlungsabläufe in Zusammenarbeit mit fachärztlich qualifizierten Ärzten. Ärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP KHK in Westfalen-Lippe hin.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie der DMP-A-RL festgelegt. Dabei werden für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Nummer 1.3 der DMP-A-RL angestrebt:

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
- Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. alle zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte im Bereich der KVWL, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen, und die Leistungen nach dieser Vereinbarung erbringen
2. die Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, die nach Maßgabe des Abschnitts V in ein zugelassenes DMP KHK ihrer Krankenkasse eingeschrieben sind,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern ihre Krankenkasse nach Absatz 2 den Beitritt zum zugelassenen DMP der gleichen Kassenart erklärt hat.

(2) Dieser Vereinbarung können Krankenkassen mit Sitz außerhalb von Westfalen-Lippe beitreten, sobald sie gegenüber der KVWL erklären, dass sie die Regelungen des § 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Das Programm soll vorrangig durch eine an dieser Vereinbarung teilnehmende westfälisch-lippische Krankenkasse der gleichen Kassenart durchgeführt werden. Die Krankenkassen/-verbände werden die KVWL über die Vorgehensweise der Krankenkassen informieren. Die Vergütungen erfolgen im Falle des Absatzes 1, Nr. 3 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

- (3) Grundlage dieser Vereinbarung sind die Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV sowie der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 38. Die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL geregelt.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP KHK teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer teilnehmende Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II Teilnahme der Ärzte und Einrichtungen

§ 3 Teilnahmegrundsätze

- (1) Die Teilnahme der Ärzte sowie die Beteiligung von angestellten Ärzten an dieser Vereinbarung sind freiwillig.
- (2) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Die Anforderungen an die im Folgenden geforderten Strukturqualitäten können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

§ 3a Teilnahmevoraussetzungen des koordinierenden Versorgungssektors

- (1) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Ärzte, die nach § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (2) In Ausnahmefällen können auch zugelassene qualifizierte Fachärzte als koordinierende Ärzte teilnehmen, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft Hauptvertrag der Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.04.2021 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

betreut worden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des qualifizierten Facharztes befinden, soll von diesem bei einer Stabilisierung des Zustandes geprüft werden, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt möglich ist.

- (3) Ferner können in Ausnahmefällen auch Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung teilnehmen, wenn sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.

§ 4

Beteiligung des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die ambulante fachärztliche Versorgung der KHK wird aufgrund einer Überweisung des koordinierenden Arztes an die in Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL aufgeführten qualifizierten Fachärzte, Psychotherapeuten bzw. Einrichtungen bei den dort genannten Indikationen gewährleistet.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die spezifische kardiologische Versorgung ist der fachärztlich tätige Internist, insbesondere mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie, wenn er die Voraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt nach § 7.

§ 5a

Einbindung von Krankenhäusern

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich ein. Diese müssen die in der zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. und den Krankenkassen/-verbänden in Westfalen-Lippe geschlossenen Rahmenvereinbarung zur Einbindung von Krankenhäusern in die DMP zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ1, Typ 2, KHK, Asthma bronchiale und COPD festgelegten Anforderungen erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der Anlage 5 der DMP-A-RL behandeln. Über die Homepage der AOK Nordwest ist die Rahmenvereinbarung unter dem Pfad „AOK.de-Leistungserbringer-Ärzte&Psychotherapeuten-Behandlungsprogramme(DMP)-Koronare Herzkrankheit(KHK)-Verträge-Region AOK Nordwest Westfalen-Lippe“ einsehbar. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen

Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen sind zur Bewältigung der Krankheitsfolgen und zur Förderung einer auf das Krankheitsbild ausgerichteten Lebensweise des Patienten insbesondere nach einem stationären Aufenthalt sinnvoll. Rehabilitationsmaßnahmen werden unter Berücksichtigung der leistungsrechtlichen Vorgaben des SGB V und des SGB VI veranlasst. Die Krankenkassen stellen sicher, dass sie Belegungszusagen nur an Einrichtungen erteilen, die ihre Behandlungsinhalte und -abläufe an den Vorgaben der DMP-A-RL ausrichten.

§ 6 Teilnahmeerklärung

- (1) Der koordinierende Arzt nach § 3a bzw. der fachärztlich tätige Arzt nach § 4 erklärt seine Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach der Anlage 5.

- (2) Der anstellende Arzt gibt die notwendigen ergänzenden Erklärungen für die angestellten Ärzte nach Anlage 5a ab. Mit seinen Unterschriften auf der Teilnahmeerklärung nach der Anlage 5 und der ergänzenden Erklärung nach Anlage 5a bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Der anstellende Arzt stellt durch arbeitsvertragliche Regelungen sicher, dass die Anforderungen nach der Anlage 5 der DMP-A-RL durch den angestellten Arzt beachtet werden.

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KVWL prüft die Voraussetzungen nach §§ 3a und 4 und erteilt den Ärzten schriftlich die Genehmigung zur Teilnahme nach dieser Vereinbarung, wenn diese die in Anlage 1 und 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Unter dieser Voraussetzung gilt die Genehmigung vom Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung an.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden bzw. fachärztlich tätigen Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der koordinierende Arzt bzw. der fachärztlich tätige Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVWL kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVWL) beträgt drei Monate zum Ende eines Quartals.
- (3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden bzw. fachärztlich tätigen Arztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis (vgl. § 9) zur Wahl eines anderen koordinierenden bzw. fachärztlich qualifizierten Arztes zukommen lassen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ebenfalls mit dem Bescheid der Zulassungsinstanzen über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung oder durch Bescheid der KVWL aufgrund eines Ausschlusses nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 dieser Vereinbarung.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität nicht am DMP teilnimmt. Sie ruht in Teilen, sofern die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit der Teilnahmeerklärung nach Anlage 5a nachzuweisen.
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Strukturqualität für den koordinierenden bzw. fachärztlich/qualifizierten Versorgungssektor erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung nach dieser Vereinbarung berechtigt.

§ 9

Ärzte- und Krankenhäuserverzeichnis

(1) Die KVWL führt ein Verzeichnis über an dieser Vereinbarung nach den §§ 3a und 4 teilnehmenden und ausscheidenden Ärzte und stellt dieses Verzeichnis regelmäßig, mindestens monatlich, aktualisiert in elektronischer Form (z.B. Excel-Datei) entsprechend Anlage 6

- der Datenstelle nach § 25,
- den Krankenkassen/-verbänden,
- der KGNW,
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 23,
- den koordinierenden Ärzten sowie fachärztlich qualifizierten Ärzten

zur Verfügung.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 25 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 6) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

Die zuständige Aufsichtsbehörde erhält das Verzeichnis nach dem Abs. 1 von den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung. Das Verzeichnis wird dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt und bei einer unbefristeten Zulassung alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorgelegt.

(2) Über die Homepage der KVWL wird eine Verlinkung zu dem von der KGNW veröffentlichten Krankenhäuserverzeichnis vorgenommen.

(3) Das Verzeichnis nach Abs. 1 wird veröffentlicht. Ferner erhalten die Patienten über die einzelnen Krankenkassen bzw. andere Quellen, z. B. der KVWL/ÄKWL, nähere Informationen zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Leistungserbringer.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10a Medizinische Anforderungen

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6, 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. Die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten von Änderungen der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, rechtzeitig, d.h. mit ausreichend zeitlichem Vorlauf, um ihnen zum Zeitpunkt der geforderten Umsetzung entsprechen zu können über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

§ 10b Aufgaben der koordinierenden Ärzte

Zu den Aufgaben des koordinierenden Arztes gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in § 10a geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der Versorgungsinhalte entsprechend Anlage 5 der DMP-A-RL und der Kooperationsregeln,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten nach § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach den Abschnitten VIII und IX,
4. die vollständige Erstellung und Übermittlung der Dokumentationsdaten entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL; soweit diese fehlerhaft weitergeleitet wurden, die nachträgliche Korrektur auf Anforderung,
5. die Wiedereinbestellung des Patienten zum Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung,

6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
7. die Durchführung von Schulungen nach §20, soweit die Schulungsberechtigung nach § 20 Abs. 4 gegenüber der KVWL nachgewiesen ist oder die Veranlassung von Schulungen,
8. die Überweisung an andere Ärzte oder die Einbeziehung weiterer Ärzte nach Maßgabe der Anlagen 2 und 3, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der Anlage 5 der DMP-ARL vorgenommen werden muss (im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Ärzte),
9. bei Einbeziehung anderer Ärzte
 - die Übermittlung therapierelevanter Informationen entsprechend § 10a wie z. B. über die medikamentöse Therapie,
 - das Einholen der therapierelevanten Informationen von diesen Ärzten,
 - bei der Überweisung an einen teilnehmenden Arzt gemäß § 4 das Anbringen des Vermerks „nimmt am DMP teil“ oder „nimmt nicht am DMP teil“ auf dem Überweisungsschein,
10. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus vorzunehmen und auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
11. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen. Sobald Rehabilitationskliniken vertraglich in dieses Programm eingebunden sind, werden die Kostenträger sicherstellen, dass die Versicherten vorrangig in vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtungen rehabilitiert werden.

Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gelten die Ziffern 1 bis 11 entsprechend.

§ 10c
Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

(1) Zu den Aufgaben der teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10a geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Schulungen nach §20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVWL nachgewiesen ist,
4. die Einbeziehung anderer Ärzte soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der Anlage 5 der DMP-A-RL zu dieser Vereinbarung erforderlich ist (im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einbeziehung anderer Ärzte),
5. bei Einbeziehung anderer Ärzte therapierelevante Informationen entsprechend § 10a wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und anzufordern,
6. Rückmeldung an den koordinierenden Arzt nach § 3a unter Angabe therapierelevanter Informationen (einschließlich derjenigen Informationen von ggf. einbezogenen anderen Ärzten) zur Erstellung der Dokumentationen. Dies soll spätestens zwei Wochen nach der Befunderhebung erfolgen.

(2) Wird die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt übernommen, gilt der Abs. 1 entsprechend.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 8 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und der Anlage 5 der DMP-A-RL einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen nach Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL einschließlich der Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1 und 2,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

(1) Entsprechend § 2 der Anlage DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren nach Anlage 8 zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte,

- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und den eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 8 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.
- (5) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Ärzten erteilten Aufträge nur von Ärzten oder Psychotherapeuten mit entsprechenden Genehmigungen (Qualitätssicherungs-Richtlinien) erbracht werden.

§ 13 Vertragsmaßnahmen

- (1) Verstößt der koordinierende Arzt bzw. der fachärztlich qualifizierte Arzt gegen die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung, löst dieses folgende Maßnahmen aus:
1. Keine Vergütung für nicht vertragsgemäße Dokumentationen,
 2. auf Veranlassung eines Partners dieser Vereinbarung die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Arzt bzw. den fachärztlich qualifizierten Arzt, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten; hierbei kann auf die Möglichkeit einer Maßnahme nach Ziffer 3 hingewiesen werden,
 3. sofortiger und fristloser Ausschluss des koordinierenden Arztes bzw. des fachärztlich qualifizierten Arztes von der Teilnahme durch sofortigen Widerruf der Genehmigung, wenn er die eingegangenen Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung trotz einer Maßnahme nach Ziffer 2 weiterhin nicht einhält. Über den Ausschluss entscheidet die KVWL im Einvernehmen mit den Krankenkassen/-verbänden.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können freiwillig auf Basis eines zugelassenen DMP KHK ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, wenn die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten auf der TE/EWE des Versicherten vorliegt und
 3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können,
 - die Möglichkeit, dass Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie
 - die Möglichkeit der Beendigung der Teilnahme am Programm wegen fehlender Mitwirkung des Versicherten
- vorliegen.
- (2) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Chronische Herzinsuffizienz ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz sollte

in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung über die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

- (3) Die Teilnahme schränkt die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) nicht ein.

§ 15

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten zur Unterstützung der koordinierenden und fachärztlich qualifizierten Ärzte entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch Patienteninformationen (vgl. Anlage 9), über das Behandlungsprogramm. Der Versicherte bestätigt Erhalt und Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der TE/EWE nach § 16 beim koordinierenden Arzt einschreiben. Der Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten. Eine gesonderte TE/EWE ist nicht erforderlich.

Für die Einschreibung der Versicherten in das jeweilige DMP sind folgende Unterlagen notwendig:

1. die TE/EWE des Versicherten nach Anlage 9 mit Bestätigung und Unterschrift des koordinierenden Arztes, dass die angegebene Diagnose gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind; insbesondere erklärt der Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann sowie
 2. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (3) Mit der Einschreibung in das DMP KHK wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach § 3a an der Vereinbarung teilnimmt und die von ihm selbst und vom Versicherten unterschriebene TE/EWE nach Anlage 9 sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der

DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 25 plausibel und fristgerecht weiterleitet. Die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen des DMP KHK nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

- (4) Wenn sich der Versicherte zur Einschreibung in das DMP direkt an seine Krankenkasse wendet, kann diese für den Patienten - nach Information über die teilnehmenden Ärzte - einen koordinierenden Arzt vermitteln, damit die nach Abs. 3 notwendigen Unterlagen erstellt und übermittelt werden können.
- (5) Nachdem der Krankenkasse alle Einschreibeunterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (6) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (7) Soweit ein an einem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 der RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung (vgl. Anlage 9) erklärt der Versicherte auf der TE/EWE nach Anlage 9 seine Teilnahme an dem DMP und sein Einverständnis zur Freigabe seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten). Dies gilt auch, wenn der Versicherte bereits an einem anderen DMP nach § 137f SGB V teilnimmt.

§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse nach § 15 Abs. 2 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 5 erstellt wurde.

Hauptvertrag der Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.04.2021 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen; die Form der Kündigung richtet sich nach den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet in den Fällen des § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV mit dem Tag der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL. Die Beendigungsgründe sind im Einzelnen:
- Der Versicherte erfüllt die Voraussetzung für eine Einschreibung nicht mehr.
 - Der Versicherte hat innerhalb von 12 Monaten zwei der in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen.
 - Zwei aufeinander folgende der zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, sind nicht innerhalb der Dokumentationsfrist übermittelt worden.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet ferner mit dem Tag, an dem die Mitgliedschaft des Versicherten endet (z.B. Kassenwechsel) bzw. mit der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V. Bei einer Unterbrechung der Zugehörigkeit des Versicherten zu einer Krankenkasse, die sich nicht über mehr als sechs Monate erstreckt, kann die Teilnahme am Programm aufgrund einer Folgedokumentation fortgesetzt werden. Während der Unterbrechungszeit gilt Abs. 3 entsprechend. Im Übrigen ist eine erneute Einschreibung möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 18 Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend der Anlage 2 i. V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und übermittelt die vollständige, plausible Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 25. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt.

Abschnitt VI - Schulungen

§ 19 Schulung, Information der Ärzte

- (1) Die Krankenkassen und die KVWL informieren die teilnahmeberechtigten koordinierenden Ärzte umfassend über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten hierzu umfangreiche tagesaktuelle Informationen über die Internetseite der KVWL.
- (2) Die Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vereinbarten Versorgungsziele und erfolgen richtlinienkonform. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 Nummer 3 der DMP-A-RL ab. Die Partner dieser Vereinbarung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (3) Die in der Anlage 1 bis 3 (Strukturqualität) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVWL nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10a dieser Vereinbarung einzubeziehen.

- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Schulung, Information der Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP insbesondere durch die Patienteninformation nach Anlage 9c sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung und die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Grundsätzlich erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm nach Anlage 10. Schulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Schulungsmaßnahmen sind für Patienten vorgesehen, die körperlich und geistig schulungsfähig sind und aktiv an der Umsetzung ihrer Therapieziele mitwirken. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie nach § 10a dieser Vereinbarung, einzubeziehen. Auf Inhalte, die der RSAV bzw. der DMP-A-RL widersprechen, muss verzichtet werden.
- (4) Die KVWL stellt sicher, dass Schulungen nur unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass sämtliche Strukturvoraussetzungen nach Anlage 10 erfüllt werden. Hierzu verpflichtet die KVWL die durchführenden Praxen, u. a. sind Änderungen des Schulungspersonals der KVWL umgehend anzuzeigen.

Abschnitt VII Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

§ 21 Arbeitsgemeinschaft

Die Partner dieser Vereinbarung haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der Vereinbarung über die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 22 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVWL und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung nach Anlage 8 weiterzuleiten.
- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 25 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V m. § 80 SGB X die Datenstelle nach § 26 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für eine ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 23 Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben nach § 2 i. V. m. Nummer 2 der Anlage 5 und § 6 der DMP-A-RL gegründet. Das Nähere ergibt sich aus der hierzu geschlossenen Vereinbarung. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden weiteren Aufgaben.

§ 24

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 8 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL und
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Abschnitt VIII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 25

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 21 beauftragen unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. § 80 SGB X eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben. Soweit die Arbeitsgemeinschaft als Datenstelle fungiert, übernimmt sie die unter den Absätzen 3, 4 und 6 beschriebenen Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Vertragsarzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach Anlage 5 den für ihn - in Vertretung/ohne Vollmacht - zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Hauptvertrag der Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.04.2021 zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzerkrankung (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Abs. 1 geschlossenen Vertrag bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt, und beauftragt die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit diesen Aufgaben.

(3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle (soweit sie diese Funktion nicht selbst wahrnimmt) mit folgenden Aufgaben:

- Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVWL.

(4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:

- Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
- Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
- Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung des von der Datenstelle erfassten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

(5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X. Die Partner dieser Vereinbarung verständigen sich darauf, dass die Gemeinsame Einrichtung die Datenstelle zu einem späteren Zeitpunkt ebenfalls mit noch zu bestimmenden Aufgaben, unter Beibehaltung der Kernaufgaben bei der Gemeinsamen Einrichtung, beauftragt. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, wird der hierzu nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BAS unmittelbar übermittelt.

(6) Die Teilnahmeerklärung (vgl. Anlage 5) des koordinierenden Arztes nach § 3a beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle bzw. die Arbeitsgemeinschaft mit folgenden Aufgaben:

- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL für die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

§ 26 Erst- und Folgedokumentation

- (1) Die Dokumentationsdaten umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Ärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL entsprechend den Empfehlungen zur Dokumentationsfrequenz nach Anlage 7 fest, welches Dokumentationsintervall (drei/sechs Monate) für den jeweiligen eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.
- (3) Bei einem Dokumentationszeitraum von drei Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von sechs Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.
- (4) Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden nach Maßgabe der Dokumentationsintervalle nach Abs. 2 grundsätzlich am Behandlungstag erstellt. Sie müssen der Datenstelle innerhalb von zehn Tagen nach Erstellung der Dokumentation vorliegen. Hierzu werden sie mindestens einmal wöchentlich an die Datenstelle nach § 26 versandt.

§ 27 Datenfluss und Datenstelle

- (1) Der nach § 3a koordinierende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6,
 1. die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu erstellen und diese – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit
 2. der vollständigen Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RLinnerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 an die Datenstelle nach § 25 weiterzuleiten. Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer (maximal sieben Ziffern). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. Bei einem Arztwechsel erhält der Versicherte eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.

- (2) Der Versicherte willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der TE/EWE in die Datenübermittlung schriftlich ein. Er wird schriftlich - über die übermittelten Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. 6 der DMP-A-RL mittels einer Ausfertigung seiner Dokumentation informiert.

- (3) Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Arzt nach § 3a innerhalb der Frist nach § 26 Abs. 4 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 25.

§ 28 Datenzugang /Berechtigungen der Datenstelle

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 25 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.

- (2) Die nach § 25 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 37 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
 1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationen,

 2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 der RSAV,

3. schriftliche Information von Versicherten unmittelbar im Zusammenhang mit der Neueinschreibung in das DMP; die jeweilige Krankenkasse und die KVWL verständigen sich über die Inhalte dieser schriftlichen Information,
4. schriftliche Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
5. notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen einschließlich Weitergabe von Erkenntnissen zur Qualitätssicherung an die Gemeinsame Einrichtung.

Weitere Nutzungszwecke bedürfen im Interesse der Behandlungserfolge der Abstimmung unter den Vertragspartnern.

- (3) Die Regelungen in Abs. 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der Aufbewahrungsfrist gemäß der DMP-A-RL.

§ 29 Datenaufbewahrung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Dokumentationsdaten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVWL und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gemäß § 5 Abs. 2b der DMP-A-RL für die dort benannte Zeit archiviert und anschließend innerhalb von sechs Monaten gelöscht. Für die Krankenkassen und für die (nur) von den Krankenkassen für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2a DMPA-RL.

Abschnitt IX
Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVWL und
zur Gemeinsamen Einrichtung

§ 30
Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt die TE/EWE des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten (vgl. Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL) an die Gemeinsame Einrichtung.
- (3) Die Datenstelle übermittelt quartalsweise elektronisch einen arztbezogenen Nachweis der plausibel, vollständig und fristgerecht eingegangenen Dokumentationsdaten zu Abrechnungszwecken. Näheres hierzu ist in Anlage 11 geregelt.

§ 31
Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVWL und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben nach dieser Vereinbarung bzw. einem zugelassenen DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 32
Datenaufbewahrung

Die übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden gemäß der DMP-A-RL archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

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

Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung

§ 34 Ärztliche Leistungen

- (1) Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 35 nach Maßgabe des jeweils gültigen EBM und sind mit der in der Honorarvergütungsvereinbarung mit der KVWL definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten.
- (2) Die Vertragspartner werden die Entwicklung der Leistungsmenge gemeinsam beobachten. Sofern die Leistungsmenge überproportional zunimmt, analysieren die Vertragspartner, ob und ggf. inwieweit diese Entwicklung ursächlich auf die Einführung der DMP zurückzuführen ist; ist dieser Zusammenhang unstrittig, werden die Vertragspartner zeitnah über die Konsequenzen wegen der Leistungsmenge verhandeln.

§ 35 Qualitätsorientierte Vergütung

- (1) Für die Erbringung der Leistungen zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit werden folgende qualitätsorientierte Vergütungen vereinbart:
 1. DMP-Leistungen nach Anlage 11
 2. Leistungen der Ärzte der 2. Versorgungsebene, § 4, nach Anlage 12

3. Schulungen nach Anlage10.

- (2) Details zur Abrechnungsprüfung (z.B. Informationen der Datenstelle zu vollständig, plausibel und fristgerecht erstellen/übermittelten Dokumentationen als Abrechnungsgrundlage, Verschlüsselung der gesicherten Diagnose) sind in den Anlagen 10 und 11 erläutert.
- (3) Die Leistungen nach Abs. 1 werden entsprechend dem Honorarvertrag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet und schließen eine Abrechnung nach Maßgabe des jeweils gültigen EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach dieser Vereinbarung aus.
- (4) Die KVWL sorgt dafür, dass die Vergütungen aus dieser Vereinbarung gegenüber den teilnehmenden Ärzten in dem Honorarbescheid gesondert ausgewiesen werden.
- (5) Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVWL einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen (z.B. Ausweis der Vergütungen im Formblatt 3, Kontenart 404 bis zur 6. Stelle, Excel-Tabelle mit Arzt-/Versichertenbezug).
- (6) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten sowie sonstigen Leistungserbringern und Patienten, bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieser Vereinbarung vorzunehmen.

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3, Kontenart 404, bis zur 6. Stelle versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Arzt versichertenbezogene Unterstützung bei der Durchführung der DMP an.
- (3) Soweit die Krankenkassen aufgrund von versichertenbezogenen Informationen im Rahmen der Versorgungsoptimierung tätig werden (z.B. Gesundheitscoaching, Gesundheitstipps, Reminderprozesse), erfolgt dies im Sinne der zwischen Arzt und Patient vereinbarten Behandlungsziele.
- (4) Verhaltensweisen, die insbesondere im Zusammenhang mit der Abstimmung nach Abs. 3 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Arzt der KVWL bzw. von den Krankenkassen/-verbänden gegenseitig mitzuteilen. Die KVWL und die/der betroffene Krankenkassen/-verband entscheiden über eine bilaterale Klärung.
- (5) Die KVWL und die Krankenkassen/-verbände werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

§ 38 Laufzeit und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2021 in Kraft und löst die Vereinbarung in der Fassung vom 01.04.2018 ab.
- (2) Die Anwendung der Regelungen dieser Vereinbarung in Bezug auf die jeweilige Krankenkasse setzt voraus, dass diese über ein zugelassenes DMP verfügt. Die Regelungen dieser Vereinbarung zum Datenfluss (Abschnitt VII bis IX) sind Bestandteil der zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten ARGE-Vereinbarung.

- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen erfolgen müssen, werden unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen.
- (4) Sollten sich aufgrund der vorgenannten Änderungen hinsichtlich der medizinischen Versorgungsinhalte in der Anlage 5 der DMP-A-RL Änderungen ergeben, so sind die Ärzte und sonstigen Leistungserbringer über diese Änderungen unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung der DMP gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (6) Das DMP KHK und die zu dessen Durchführung geschlossenen Verträge sind innerhalb der Fristen nach § 137g Abs. 2 SGB V anzupassen.
- (7) Diese Vereinbarung kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Regelungen zur Vergütung (vgl. § 35 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. mit den Anlagen 10 und 11) können unabhängig von dieser Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Kündigungen nach Satz 1 und 2 können auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse erklärt werden; eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (8) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 37 Abs. 3 sein. Ferner kann die Vereinbarung von jedem Partner mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms (durch das BAS) gekündigt werden.

§ 39 Schriftform

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

§ 40 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksamen Bestimmungen waren für eine Partei dieser Vereinbarung derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Parteien dieser Vereinbarung die unwirksamen Bestimmungen 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.