

# **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 01.04.2018**

**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 Vertragsärzte und Einrichtungen**

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

### **Abschnitt III - Versorgungsinhalte**

- § 10a Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit
- § 10b Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors
- § 10c Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 10d Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

### **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
- § 19 Meldung der Krankenkassen

## **Abschnitt VI - Schulungen**

- § 20 Schulung, Information der Ärzte
- § 21 Schulung, Information der Versicherten

## **Abschnitt VII - Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 4 RSAV**

- § 22 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 23 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 25 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**

- § 26 Datenstelle
- § 27 Erst- und Folgedokumentation
- § 28 Datenfluss zur Datenstelle
- § 29 Datenzugang
- § 30 Datenaufbereitung und -löschung

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

- § 31 Datenfluss
- § 32 Datenzugang
- § 33 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt X - Evaluation**

- § 34 Evaluation

## **Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung**

- § 35 Vertragsärztliche Leistungen
- § 36 Qualitätsorientierte Vergütung

## **Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen**

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

## Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
Anlage 3	Strukturqualität für sonstige Leistungserbringer
Anlage 4	Strukturqualität Krankenhäuser
Anlage 5	Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes
Anlage 5a	Ergänzende Erklärung zu angestellten Ärzten
Anlage 6	Leistungserbringerverzeichnis – Ambulanter und Stationärer Sektor
Anlage 7	Medizinische Versorgungsinhalte koronare Herzkrankheit
Anlage 8	unbesetzt
Anlage 9	unbesetzt
Anlage 10	unbesetzt
Anlage 11	Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
Anlage 12	Arzt-/Versichertenbezogene Qualitätssicherung
Anlage 13a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter
Anlage 13b	Datenschutzinformation
Anlage 13c	Patienteninformation
Anlage 14	Patientenschulungen und Vergütung
Anlage 15	Vergütung DMP-Leistungen

## Erläuterungen

- „Ärzte/Vertragsärzte“ sind Ärztinnen/Vertragsärztinnen und Ärzte/Vertragsärzte.
- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt.
- „DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V.
- „DMP-AF-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „DMP-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V.
- „Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Fachärztlich qualifizierte Ärzte“ sind Vertragsärzte 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.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 24.
- „Koordinierende Ärzte“ sind Vertragsärzte 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.
- „KVWL“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe.

- „Patienten“ sind weibliche und männliche Patienten.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

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. Etwa 21 % der Bevölkerung in Deutschland verstirbt an akuten oder chronischen Folgen einer KHK. 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 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 messen die Vertragspartner einen hohen Stellenwert bei. Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme - DMP genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden. Deshalb schließen die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe und die KVWL folgende Vereinbarung. 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 sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 6. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017).

Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzkrankheit sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5, der DMP-AF-RL 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 DMP-A-RL festgelegt. Dabei werden für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele angestrebt:
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 sowie Hospitalisationen, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

**§ 2**  
**Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
1. westfälisch-lippische Vertragsärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmen sowie für angestellte Ärzte, 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 § 36 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 RSAV, die DMP-AF-RL sowie die DMP-A-RL. Sollten sich inhaltliche Änderungen aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen ergeben, wird eine einvernehmliche Anpassung dieser Vereinbarung vorgenommen. Näheres hierzu regelt § 40. Die Anlagen dieser Vereinbarung, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Ziffern 1, 2 und 3 in der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (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 Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt II Teilnahme der Vertragsärzte und Einrichtungen**

### **§ 3 Teilnahme-Grundsätze**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte 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.
- (3) 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 Vertragsärzte, 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 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 Vertragsarztes an die in Ziffer 1.7.2 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**

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich ein. Diese müssen die Anforderungen nach Anlage 4 erfüllen und die Patienten entsprechend den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Die Träger der Krankenhäuser geben schriftlich eine Bereiterklärung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung ab und senden diese an die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Düsseldorf. Nach Sichtung durch die KGNW sendet diese die Unterlagen binnen einer Woche an die Krankenkassen/-verbände in Westfalen-Lippe oder eine von ihr benannte Stelle. Die Bereiterklärung wird von den Krankenkassen/-verbänden geprüft.
- (3) Die Krankenkassen/-verbände stellen fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen vorliegen. Sie können sich im Hinblick auf die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen externen wissenschaftlichen Sachverständigen bedienen. Die Krankenkassen/-verbände entscheiden unter Berücksichtigung der Ziele der Krankenhausplanung gemeinsam und einheitlich im Einvernehmen mit der KGNW über die Annahme der Bereiterklärung; sie teilen dem Krankenhaus das Ergebnis ihrer Entscheidung schriftlich mit.

### **§ 5b Einbindung von Rehabilitationseinrichtungen**

Rehabilitationsmaßnahmen 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 leistungrechtlichen 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 Vertragsarzt nach § 3a bzw. der fachärztlich tätige Vertragsarzt nach § 4 erklärt seine Teilnahme an dieser Vereinbarung schriftlich gegenüber der KVWL auf dem Vordruck nach Anlage 5.
- (2) Der anstellende Vertragsarzt gibt die notwendigen ergänzenden Erklärungen für die angestellten Ärzte nach Anlage 5a ab. Mit seinen Unterschriften auf der Teilnahmeerklärung nach den 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 DMP-Teilnahmevoraussetzungen**

Die KVWL prüft die Voraussetzungen nach §§ 3a und 4 und erteilt den Vertragsärzten 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 Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem in der Genehmigung nach § 7 genannten Datum, frühestens jedoch mit Beginn dieser Vereinbarung.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt bzw. der fachärztlich tätige 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 Vertragsarztes, 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 § 26,
  - den Krankenkassen/-verbänden,
  - der KGNW,
  - der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24,
  - den koordinierenden Ärzten sowie fachärztlich qualifizierten Ärzten

zur Verfügung.

Die Verzeichnisse werden arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden
- Postanschrift der Praxis/ Einrichtung,
- lebenslange Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

Ferner stellt die KVWL sicher, dass die Krankenkassen/-verbände sowie die Datenstelle nach § 26 zeitnah, spätestens innerhalb von zehn Tagen, in geeigneter Form (Änderungsmeldungen, Listen entsprechend Anlage 6) über Zu- bzw. Abgänge sowie Änderungen informiert werden.

(2) Die Krankenkassen/-verbände leiten ein von der KGNW zur Verfügung gestelltes Verzeichnis der nach § 5a teilnehmenden Krankenhäuser unverzüglich

- der KV WL
- der Gemeinsamen Einrichtung nach § 24

weiter.

Die Krankenkassen/-verbände stellen ferner die umgehende Weiterleitung der Verzeichnisse nach Absatz 1 an die von ihnen vertretenen Krankenkassen und bei Bedarf die Weiterleitung an interessierte teilnehmende bzw. teilnahmewillige Versicherte sicher.

Die zuständige Aufsichtsbehörde erhält die Verzeichnisse nach den Absätzen 1 und 2 von den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung. Die Verzeichnisse werden dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.

(3) Die Verzeichnisse nach den Absätzen 1 und 2 können veröffentlicht werden. Ferner werden die Patienten durch die einzelnen Krankenkassen/-verbände bzw. anderer Informationsquellen, wie z. B. Bürgerinformationen der KVWL/ÄKWL, zu ihrem Recht der Information zur Aufgabenteilung der Versorgungsebenen einschließlich der verfügbaren Ärzte bzw. sonstigen Leistungserbringer informiert.



## **Abschnitt III Versorgungsinhalte**

### **§ 10a**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit**

Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 7 definiert und Bestandteil dieser Vereinbarung. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen nach Anlage 5 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Vertragsarzt 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, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

### **§ 10b**

#### **Aufgaben der koordinierenden Ärzte**

Zu den Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes 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 nach § 10a geregelten Versorgungsinhalte 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 Dokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL; soweit diese fehlerhaft weitergeleitet wurde, 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 Patientenschulungen nach § 21, soweit die Schulungsberechtigung nach § 21 Abs. 4 gegenüber der KVWL nachgewiesen ist oder die Veranlassung von Patientenschulungen,
8. die Überweisung an andere Vertragsärzte oder die Einbeziehung weiterer Ärzte nach Maßgabe der Anlagen 2 und 3, soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der Anlage 7 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,
10. bei Vorliegen der in den Versorgungsinhalten genannten Indikationen (mit Ausnahme von Notfallindikationen) eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus entsprechend der Anlage 6 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 Patientenschulungen nach § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVWL nachgewiesen ist,
4. die Einbeziehung anderer Ärzte soweit diese aufgrund der Versorgungsinhalte nach der Anlage 7 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 Vertragsarzt 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 Absatz 1 entsprechend.

**§ 10d**  
**Aufgaben der Krankenhäuser zur Betreuung**  
**von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit**

Zu den Aufgaben der teilnehmenden Krankenhäuser gehören:

die stationäre Behandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der Versorgungsinhalte nach der DMP-A-RL,

- die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Sinne dieser Vereinbarung,
- die Rückmeldung an den koordinierenden Arzt unter Angabe therapierelevanter Informationen zur Erstellung der Dokumentation. Dies soll möglichst umgehend, spätestens zwei Wochen nach Entlassung erfolgen. Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie sind dabei an § 115c SGB V sowie den Versorgungsinhalten der DMP-A-RL auszurichten,
- die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 dieser Vereinbarung einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- die Übergabe der Patienteninformation über das DMP KHK an die teilnahmeberechtigten Versicherten. Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten erstellt das Krankenhaus die Teilnahme-/Einwilligungserklärung des teilnahmeberechtigten Versicherten und händigt ihm diese bei Entlassung im Original (mit allen Durchschlägen) zur Weitergabe an den von ihm benannten koordinierenden Arzt aus. Bei Bedarf informiert das Krankenhaus die Patienten über die am DMP teilnehmenden koordinierenden Ärzte auf der Basis des Verzeichnisses nach § 9 Abs. 2. Mit der Teilnahme-/Einwilligungserklärung wählt der Versicherte den koordinierenden Arzt für das DMP KHK.

## **Abschnitt IV - Qualitätssicherung**

### **§ 11 Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 12 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und der Anlage 7 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen nach Ziffer 1.7 der Anlage 7 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 i. V. m. Ziffer 2 der Anlage DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren nach Anlage 12 zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle,
- die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte sein,
- 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 12 fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 12 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.
- (5) Die KVWL stellt sicher, dass die von koordinierenden Vertragsärzten erteilten Aufträge nur von Vertragsärzten 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 und ggf. Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39 die schriftliche Aufforderung der KVWL an den koordinierenden Arzt bzw. der fachärztlich qualifizierte 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. der 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 nach Beratung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39.
- (2) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie die Verpflichtung zur Wiedergutmachung eines entstandenen Schadens bleiben unberührt.
- (3) Die Teilnahme von Krankenhäusern kann mit sofortiger Wirkung widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahme nicht mehr erfüllt werden oder die Mitarbeiter des Kranken-

hauses die medizinischen Vorgaben nach den Versorgungsinhalten der DMP-A-RL nicht beachten. Vor Beschlussfassung durch die Krankenkassen/-verbände wird die KGNW informiert. Diese wird das Krankenhaus um Stellungnahme bitten und mit diesem den Sachverhalt mit dem Ziel erörtern, festgestellte Mängel umgehend abzustellen; über das Ergebnis informiert die KGNW die Krankenkassen/-verbände innerhalb von acht Wochen. Der Bericht der KGNW sowie die Stellungnahme des Krankenhauses sind bei der Beschlussfassung zu berücksichtigen. Erforderlichenfalls aktualisieren die Verbände das Teilnahmeverzeichnis nach § 9 Abs. 2.

## **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:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffern 1.2 und 3.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sowie
  2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten vorliegt und
  3. die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über
    - die Programminhalte,
    - die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen übermittelt werden und von diesen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms 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) 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 13c), 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 16 beim koordinierenden Arzt einschreiben. Der Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.
- (3) Für die Einschreibung der Versicherten in das jeweilige DMP sind folgende Unterlagen notwendig:
  1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten nach Anlage 13a 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 im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlage 7 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann sowie
  2. die vollständigen/plausiblen Daten der Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL.
- (4) 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 13a sowie die



vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 26 weiterleitet. Die Unterlagen sind dort innerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 einzureichen. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Rahmen des DMP KHK nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

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

## **§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlagen 13b und 13c) erklärt der Versicherte auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung nach Anlage 13a seine Teilnahme an dem DMP und sein Einverständnis zur Freigabe der erforderlichen Daten. 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. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (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 § 28d 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. 2 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 Absatz 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 § 26. Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neu gewählten Arzt.

## **§ 19 Meldung der Krankenkassen**

Die Krankenkassen/-verbände können der KVWL quartalsweise die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken übermitteln.

## **Abschnitt VI - Schulungen**

### **§ 20 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. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 Ziffer 3 der DMP-A-RL ab. Die Partner dieser Vereinbarung definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an eine für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.
- (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.

## **§ 21**

### **Schulung, Information der Versicherten**

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP insbesondere durch die Patienteninformation nach Anlage 13c. 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 14. Patientenschulungen 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 und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. 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 14 erfüllt werden. Hierzu verpflichtet die KVWL die durchführenden Praxen, u. a. sind Änderungen des Schulungspersonals der KVWL umgehend anzuzeigen.

**Abschnitt VII**  
**Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und**  
**Gemeinsame Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV**

**§ 22**  
**Bildung einer 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.

**§ 23**  
**Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL 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 12 weiterzuleiten.
- (2) Soweit die Arbeitsgemeinschaft die Funktion der Datenstelle nach § 26 nicht selbst wahrnimmt, beauftragt sie unter Beachtung des § 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.

**§ 24**  
**Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der Aufgaben nach § 2 i. V. m. Ziffer 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.

## **§ 25**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung nach Anlage 12 durchzuführen. Dies umfasst insbesondere:

1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL und
5. 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**

### **§ 26**

#### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 22 beauftragen 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 Absatz 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 Absatz 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 § 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 § 80 SGB X notwendige Vertrag dem BVA 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.

## **§ 27 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 vertragsärztliche 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 11 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 Absatz 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.



## **§ 28 Datenfluss und Datenstelle**

- (1) Der nach § 3a koordinierende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung nach § 6,
  1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und
  2. die vollständige Erst-/Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RLinnerhalb der Frist nach § 27 Abs. 4 an die Datenstelle nach § 26 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.
- (2) Der Versicherte willigt einmalig mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme-/ Einwilligungserklärung 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 § 27 Abs. 4 die Folgedokumentation an die Datenstelle nach § 26.

## **§ 29 Datenzugang**

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 26 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen sind zu beachten.
- (2) Die nach § 26 Abs. 4 an die jeweilige Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze der DMP-A-RL werden von den Krankenkassen unter Berücksichtigung des § 38 Abs. 2 und 3 insbesondere für folgende Zwecke genutzt:
  1. Ansprache von Versicherten bei fehlenden Dokumentationen,

2. Beendigung der Teilnahme gemäß § 28d 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 Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des DMP bis zum Ende der in § 2 und § 2a der DMP-AF-Richtlinie genannten Aufbewahrungsfrist.

## **§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVWL und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V.

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

### **§ 31 Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.

- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die 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 15 geregelt.

### **§ 32 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.

### **§ 33 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden gemäß den Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert.

## **Abschnitt X - Evaluation**

### **§ 34 Evaluation**

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

## **Abschnitt XI Vergütung und Abrechnung**

### **§ 35 Vertragsärztliche Leistungen**

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen mit Ausnahme der Leistungen nach § 36 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.

### **§ 36 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 15
  
  2. Patientenschulungen nach Anlage 14.
  
- (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 15 und 16 erläutert.
  
- (3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden entsprechend den Honorarverträgen 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 Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
- (5) Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVWL einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen (z.B. Ausweis der Vergütungen im Formblatt 3, 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**

### **§ 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 Ärzten sowie sonstigen 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 dieser Vereinbarung vorzunehmen.

### **§ 38 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die KVWL liefert nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versichertenbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt nach den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen

und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.

- (2) Die Krankenkassen bieten dem koordinierenden Vertragsarzt 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 Absatz 3 dem Gebot einer vertrauensvollen Zusammenarbeit widersprechen, sind kurzfristig vom koordinierenden Vertragsarzt der KVWL und von den Krankenkassen/-verbänden mitzuteilen. Die KVWL und der betroffene Verband entscheiden über eine bilaterale Klärung oder Einberufung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 39.
- (5) Die KVWL und die Krankenkassen/-verbände werden sich mit an sie herangetragenen Beanstandungen unverzüglich mit dem Ziel einer Verständigung befassen.

### **§ 39 Gemeinsamer Ausschuss**

- (1) Zur Klärung von Auslegungsfragen, Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Beratung bei Verstößen gegen diese Vereinbarung bilden die Partner dieser Vereinbarung einen Gemeinsamen Ausschuss.
- (2) Der Gemeinsame Ausschuss wird paritätisch mit Vertretern der KVWL und der Krankenkassen/-verbände besetzt. Eine Einberufung erfolgt bei Bedarf.
- (3) Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses werden einvernehmlich getroffen.

## **§ 40 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2018 in Kraft und löst die Vereinbarung in der Fassung vom 01.07.2015 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 des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.
- (3) Erforderliche Änderungen dieser Vereinbarung oder Anpassungen der DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V 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 7 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. § 36 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. mit den Anlagen 15 und 16) können unabhängig von dieser Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (8) Bei wichtigem Grund kann diese Vereinbarung von jedem Partner nach erfolgloser Erörterung im Gemeinsamen Ausschuss nach § 39 mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Ein wichtiger Grund kann auch ein wiederholter, schwerer Verstoß gegen § 38 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 BVA) gekündigt werden.

#### **§ 41 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.

#### **§ 42 Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war 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 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.