

# **V E R T R A G**

**über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit einer  
Koronaren Herzkrankheit gemäß § 137f SGB V  
auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 10.05.2004  
in der Fassung ab 01.04.2021**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**

vertreten durch die 1. Vorsitzende  
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „**KVT**“ genannt)

**und**

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.**

**vertreten durch den Vorstand,**  
dieser hier vertreten durch Herrn Wolfgang Karger,

**dem BKK Landesverband Mitte,**  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

**der IKK classic,**

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

**der KNAPPSCHAFT,  
– Regionaldirektion Frankfurt/Main –**

**und**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen:**

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

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

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Erläuterungen**

### **Präambel**

#### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

#### **Abschnitt II – Teilnahme der Vertragsärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Vertragsärzte
- § 3a Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der kardiologisch qualifizierten Vertragsärzte
- § 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes
- § 5 Teilnahmeverfahren
- § 6 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 7 Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und andere Leistungserbringer

#### **Abschnitt II a – Teilnahme stationärer Einrichtungen**

- § 8 Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen

#### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das DMP KHK

#### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele
- § 12 Durchführung der Qualitätssicherung
- § 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 Vertragsarztes
- § 19 Versichertenverzeichnis

#### **Abschnitt VI – Schulungen**

- § 20 Vertragsärzte
- § 21 Versicherte

## **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen**

- § 22 Erst- und Folgedokumentation
- § 23 Datenverwendung und -zugang
- § 24 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung**

- § 26 Allgemeine Datenflussregelung
- § 27 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 28 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

- § 29 Datenstelle
- § 30 Datenflüsse über die Datenstelle
- § 31 Datennutzung durch die Krankenkassen
- § 32 Datennutzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

## **Abschnitt X – Evaluation**

- § 33 Evaluation

## **Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung**

- § 34 Abrechnung und Vergütung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 35 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- § 36 Haftung
- § 37 Laufzeit und Kündigung
- § 38 Schriftform
- § 39 Salvatorische Klausel

## **Anlagen**

- Anlage 1 Strukturqualität des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3
- Anlage 1a Strukturqualität des kardiologisch qualifizierten Vertragsarztes gemäß § 3a
- Anlage 2 unbesetzt
- Anlage 3 Strukturqualität stationäre Einrichtungen
- Anlage 4 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 4a Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 5a Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (ambulanter Sektor)
- Anlage 5b Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (ambulanter Sektor – Veröffentlichung)
- Anlage 5c Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (stationär)
- Anlage 5d Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 6 Versorgungsinhalte zur Behandlung von KHK
- Anlage 7 Qualitätssicherung
- Anlage 8 Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Information zum Datenschutz und Patienteninformation
- Anlage 9 Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen
- Anlage 10 unbesetzt
- Anlage 11 Patientenschulung

## **Erläuterungen**

Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Ärzte“ sind angestellte Ärzte jedweden Geschlechts.

„Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„ARGE“ ist eine Arbeitsgemeinschaft i. S. d. § 27.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 29.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm – strukturiertes Behandlungsprogramm.

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

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlage 9).

„DS-GVO“ ist die Datenschutzgrundverordnung.

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

„Gemeinsame Einrichtung“ (GE) ist eine solche i. S. d. § 28.

„KHK“ ist die Koronare Herzkrankheit.

„Koordinierender Vertragsarzt“ sind Vertragsärzte jedweden Geschlechts i. S. d. § 3.

„Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 8.

„KVT“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen.

„Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) i. S. d. § 3 und die kardiologisch qualifizierten Vertragsärzte i. S. d. § 3a, die Krankenhäuser sowie die Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 8 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; aus dem Kontext kann sich eine Einschränkung auf Leistungserbringer gemäß den §§ 3, 3a, 8 bzw. nur § 3 ergeben.

„Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts.

„Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL Nummer 1.6.1 für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGBV an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

„Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 8.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

„Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts.

„Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte jedweden Geschlechts.

„Vertragsregion“ ist entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 1 der Geltungsbereich der KVT.

Die rechtlichen Grundlagen bzw. Verträge bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind. Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

## **Präambel**

Der Vertrag zur Umsetzung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt) wird mit Wirkung zum 01.04.2021 wie folgt neu gefasst:

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Daher haben die beteiligten Krankenkassen und die KVT folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 i. V. m. § 137f SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit KHK geschlossen.

Die KHK ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Etwa 21 % der Bevölkerung in Deutschland verstirbt an akuten oder chronischen Folgen einer KHK. 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 KHK eine immense Bedeutung als chronische Erkrankung.

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

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass durch dieses DMP die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Arzt nicht beeinträchtigt wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfindet. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des DMP sowie dessen Qualitätssicherung soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen wird auf das notwendige Maß begrenzt.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.04.2020 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.

Die Regelungen für die Indikation KHK sind insbesondere in den Anlagen 5 und 6 der DMP-A-RL sowie in der RSAV festgelegt.

## **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Patienten mit KHK. Die an diesem Vertrag nach §§ 3 und 3a teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages entsprechend der jeweiligen Versorgungsebene. Die hausärztlich tätigen Vertragsärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages, insbesondere strukturieren und koordinieren sie die Behandlungsabläufe. Die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam darauf hin, dass der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt wird, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die aufgrund der Diagnose KHK an diesem DMP teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5, Nummer 1.3 der DMP-A-RL an:
  - Reduktion der Sterblichkeit,
  - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
  - Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

### **§ 2**

#### **Geltungsbereich**

- (1) Dieser Vertrag gilt für
  1. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und Einrichtungen gemäß § 400 SGB V im Bereich der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
  2. Ärzte, die bei den in Nr. 1 genannten Leistungserbringern gemäß § 95 Abs. 2 oder Abs. 9 SGB V angestellt sind, sofern diese angestellten Ärzte Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen und für sie nach Maßgabe des Abschnitts II die Leistungserbringung erklärt wurde.
  3. die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KVT, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  4. die Behandlung von Versicherten der BKKn (die ihre Teilnahme am DMP erklärt haben), die einen nach Maßgabe des Abschnitts II dieses Vertrages teilnehmenden Vertragsarzt in Thüringen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.
  5. die Behandlung von Versicherten aller AOKn im Bundesgebiet. Die Bevollmächtigung der AOK PLUS durch die anderen AOKn wurde für alle DMP-Verträge erteilt.
  6. außerthüringische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der KVT und der IKK classic erklären und die Vergütung gemäß § 34 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder Vorschriften gelten.

Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie dies gegenüber den Vertragspartnern erklären und sie die vereinbarte Vergütung gemäß § 34 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Grundlage dieses Vertrages nach § 83 SGB V sind die §§ 137f und 137g SGB V in Verbindung mit den Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 37.

## Abschnitt II – Teilnahme der Vertragsärzte

### § 3

#### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Vertragsärzte

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 1** „Strukturqualität des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen. Im Übrigen gilt Nummer 1.6.1 der Anlage 5 der DMP-A-RL mit der Maßgabe der Regelung im Einzelfall durch die betreffenden Vertragspartner.
- (3) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt gegenüber der KVT und sonstige Einrichtungen gegenüber der AOK PLUS zu Beginn der Teilnahme nachweisen. 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. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 4 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des der **Anlage 4** beigefügten Formulars (**Anlage 4a** „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) mitgeteilt.
- (5) Die Strukturqualität muss der koordinierende Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5. Vertragsärzte, die die bis einschließlich 31.03.2021 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.03.2021 erhalten haben, nehmen auch ab dem 01.04.2021 weiterhin am DMP teil.
- (6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im Weiteren als koordinierende Vertragsärzte bezeichnet) gehören insbesondere:
  1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und den Kooperationsregeln gemäß Anlage 5, Nummer 1.6 der DMP-A-RL,

2. die Koordination der Behandlung von den Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und IX,
4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums. Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten verordnet werden, informiert der Arzt seinen Patienten, ob für diese Wirkstoffgruppen Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen,
5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
6. bei Vorliegen der in Anlage 5, Nummer 1.6.2 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung mit der Kennzeichnung „DMP KHK“ an vertraglich eingebundene Vertragsärzte – entsprechend **Anlage 1a** „Strukturqualität kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt gemäß § 3a“ vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
7. bei Vorliegen der in Anlage 5, Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung entsprechend dem Leistungserbringerverzeichnis unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Über-/Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in Anlage 5, Nummer 1.6.4. der DMP-A-RL genannten Indikationen) die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1. bis 9. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

- (7) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Vertragsärzte sind im Ausnahmefall auch Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der fachärztlichen Versorgung und als Vertragsärzte des kardiologisch qualifizierten Versorgungssektors an diesem DMP teilnehmen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft betreut worden oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Der Antrag ist bei der KVT formlos einzureichen und wird bestätigt, wenn die Strukturvoraussetzungen zur Teilnahme erfüllt sind.

### **§ 3a Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der kardiologisch qualifizierten Vertragsärzte**

- (1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem DMP ist freiwillig.

- (2) Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a „Strukturqualität des kardiologisch qualifizierten Vertragsarztes gemäß § 3a“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) Die Strukturqualität müssen die Vertragsärzte zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5. Vertragsärzte, die die bis einschließlich 31.03.2021 gültigen Strukturvoraussetzungen erfüllen und die Zulassung zur Teilnahme am DMP bis zum 31.03.2021 erhalten haben, nehmen auch ab dem 01.04.2021 weiterhin am DMP teil.
- (4) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ mit Hilfe des der Anlage 4 beigefügten Formulars (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich mitgeteilt.
- (6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere:
  1. die Mit- und Weiterbehandlung (in der Regel innerhalb von 14 Tagen) der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums. Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten verordnet werden, informiert der Arzt seinen Patienten, ob für diese Wirkstoffgruppen Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer Endpunkte vorliegen.
  3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT entsprechend nachgewiesen wurde,
  4. die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte entsprechend der Anlage 5, Nummer 1.6 der DMP-A-RL; im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
  5. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 3 zur Erstellung der Dokumentation. Sofern im Ausnahmefall über den Zeitraum eines Quartals hinaus eine medizinische begründete Mitbehandlung des Versicherten notwendig ist, sind die therapierelevanten Informationen für diesen Patienten quartalsweise an den koordinierenden Vertragsarzt zu übermitteln.
  6. bei Vorliegen der in Anlage 5, Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene am Vertrag teilnehmende Krankenhaus entsprechend des Leistungserbringerverzeichnisses unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt darüber zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
  7. bei Überweisung an andere Vertragsärzte therapierelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
  8. die Prüfung der Notwendigkeit einer invasiven Diagnostik und Therapie und deren Durchführung,

9. Bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in Anlage 5, Nummer 1.6.4 der DMP-A-RL genannten Indikationen) die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1. bis 9. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

#### **§ 4**

##### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes**

- (1) Der Vertragsarzt oder das zugelassene MVZ erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 3a gegenüber der KVT schriftlich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4 zur Teilnahme am DMP KHK bereit.
- (2) Der Vertragsarzt bestätigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung die Datenverarbeitung durch die Datenstelle. Für den Fall, dass die ARGE und die Vertragspartner die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Vertragsarzt die KVT als Mitglied der ARGE, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Der koordinierende Vertragsarzt wird im Fall eines Datenstellenwechsels unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren. Sollte sich der Vertrag mit der neuen Datenstelle maßgeblich von der Aufgabenbeschreibung der Datenstelle unterscheiden, wird der koordinierende Vertragsarzt über alle Änderungen und über sein geltendes Kündigungsrecht bei der Teilnahme am DMP-Vertrag informiert.
- (3) Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) enthalten. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem der Anlage 4 beigefügten Formular (Anlage 4a „Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVT kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahme- und Einwilligungserklärung weitergeführt werden.
- (4) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

#### **§ 5**

##### **Teilnahmeverfahren**

Die KVT prüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend den Strukturvoraussetzungen der Anlagen 1 „Strukturqualität des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3“ und 1a „Strukturqualität des kardiologisch qualifizierten Vertragsarztes gemäß § 3a“ bzw. der Schulungsbezeichnungen entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes. Die KVT informiert die Krankenkassen über den Beginn der Teilnahme eines Vertragsarztes.

## **§ 6** **Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes sowie des zugelassenen MVZ beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.
- (2) Die Teilnahme kann seitens des Vertragsarztes/MVZ schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende des Kalendervierteljahres gegenüber der KVT beendet werden.
- (3) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes sowie des kardiologisch qualifizierten Vertragsarztes an diesem Vertrag endet darüber hinaus:
  1. mit dem Ende dieses Vertrages,
  2. mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
  3. mit dem Ausschluss des Vertragsarztes gemäß § 13 wegen Vertragspflichtverletzung,
  4. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes,
  5. mit dem Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137 g Abs. 3 SGB V.

Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag endet mit dem Bescheid über das Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVT. Die KVT informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden des Vertragsarztes.

- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes an diesem Vertrag, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzteverzeichnis gemäß § 7 zukommen lassen.
- (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 Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit dem der Anlage 4 beigefügten Formular nachzuweisen (Anlage 4a "Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung").
- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt gemäß § 3“ bzw. Anlage 1a „Strukturqualität des kardiologisch qualifizierten Vertragsarztes gemäß § 3a“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP teilnahmeberechtigt.

## **§ 7** **Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und andere Leistungserbringer**

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ nach den §§ 3 und 3a führt die KVT ein Verzeichnis (**Anlagen 5a und 5b**). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVT stellt das Verzeichnis gemäß **Anlage 5d** den Vertragspartnern wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.

Das Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem bei Bedarf:

1. dem koordinierenden Vertragsarzt,
2. den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, der an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
3. der Datenstelle gemäß §§ 29 bis 30 zur Erfüllung ihrer Aufgaben

zur Verfügung gestellt.

- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
  - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
  - lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer,
  - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
  - Berechtigungen.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Abs. 1 kann mit Zustimmung aller Vertragspartner unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange veröffentlicht werden.
- (4) Das BAS erhält alle 5 Jahre (und auf Anforderung) ein Leistungserbringerverzeichnis entsprechend der Anlage 5a in aktualisierter Form. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.
- (5) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 8 teilnehmenden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen (**Anlage 5c**). Die Krankenkassen stellen dieses Verzeichnis dem BAS auf Anforderung zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem der KVT zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.

## **Abschnitt II a – Teilnahme stationärer Einrichtungen**

### **§ 8**

#### **Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen**

Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen können für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK vertraglich eingebunden werden. Die teilnehmenden Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet nachzuweisen, dass bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität (u. a. gemäß **Anlage 3** „Strukturqualität Krankenhaus“) zu Beginn der Teilnahme und fortlaufend erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patienten u. a. die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

## **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das DMP KHK**

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der **Anlage 6** definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen wortgleich den Anforderungen der Anlage 5 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 4 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen,

schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Bei Aktualisierung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen verpflichten sich die Vertragsärzte, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Vertragsärzte werden von der KVT über Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlung informiert.
- (3) Während der Laufzeit dieses Vertrages werden die Vertragspartner – im Rahmen ihres gesetzlichen Handlungsspielraums auf der Grundlage der jeweils aktuell gültigen RSAV sowie der DMP-A-RL – aktualisierte evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung der KHK in dieses DMP zeitnah einarbeiten.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem DMP KHK teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage 6 „Versorgungsinhalte zur Behandlung von KHK“ zu behandeln und zu beraten. Dies gilt ebenfalls, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

### **§ 10 Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der **Anlage 7** „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

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

### **§ 11 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele**

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 7 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
  - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Vertragsärzte,
  - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte, anderer Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten sowie der Beratung und Information der Versicherten entsprechend Anlage 7 werden die Krankenkassen nicht in die medizinischen, therapeutischen und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses eingreifen. Die Einzelheiten zur Sicherstellung dieser Verpflichtung sind in § 31 geregelt.
- (4) Zur Auswertung der in Anlage 7 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.

## **§ 12 Durchführung der Qualitätssicherung**

- (1) Die Krankenkassen
  1. führen die in Anlage 7 Teil 2 vereinbarten Maßnahmen im Krankenkassen-Versicherten-Verhältnis durch,
  2. übernehmen die Sicherstellung der systematischen und aktuellen Information der eingeschriebenen Versicherten.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung nach § 28 übernimmt die
  1. in Anlage 7 Teil 1 vereinbarten Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten,
  2. Sicherstellung einer systematischen und aktuellen ggf. auch im Einzelfall anlassbezogenen Information der Vertragsärzte.
- (3) Darüber hinaus übernimmt die KVT aufgrund des Dokumentationsdatensatzes gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL originär die weitergehende Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und entscheidet eigenverantwortlich über die Art und Weise und den Umfang.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 7 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 13 Vertragsmaßnahmen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit diesem Vertrag zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zur Durchführung dieses DMP.
- (2) Die Krankenkassen verpflichten sich insbesondere die gesetzlich angeordneten Beendigungstatbestände des § 24 Abs. 2 RSAV i. V. m. § 17 zu beachten.
- (3) Beachtet ein Vertragsarzt – entgegen seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung – die Verpflichtungen nach dieser Vereinbarung nicht, löst dies folgende Maßnahmen aus:
  1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bei bereits erfolgter Vergütung,
  2. bei wiederholtem nachweislichen Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen kann er auf begründeten Antrag eines Vertragspartners von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVT im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

## Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

### § 14 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 5, Nummer 1.2 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß **Anlage 8**,
  - die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
  - die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden und von ihm im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seiner Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme zur Folge hat,
  - die schriftliche Information des Versicherten, dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.

Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sie im Einzelnen:

- die Programm- und Versorgungsziele kennen,
  - die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
  - auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
  - über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
  - über die mit ihrer Teilnahme an dem DMP verbundenen Verarbeitung sowie der Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert wurden, insbesondere über die Möglichkeiten einer Übermittlung von Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des DMP und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Der Versicherte soll durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut werden. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich für einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes.
- (4) Der koordinierende Vertragsarzt hat zu prüfen, ob der Versicherte im Hinblick auf die Anlage 5, Nummer 1.3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitiert und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

- (5) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL (in der jeweils gültigen Fassung) genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (6) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Chronische Herzinsuffizienz ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

## **§ 15**

### **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkassen informieren zur Unterstützung der Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation gemäß Anlage 8 umfassend über das DMP. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre nach § 14 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei ihrem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Voraussetzungen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
  2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Insbesondere erklärt der koordinierende Vertragsarzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn dieser Vertragsarzt Leistungen im Rahmen dieses DMP erbringt und die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle entsprechend § 30 weiterleitet.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse für das DMP anmelden. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt (koordinierender Vertragsarzt) verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und entsprechend Abschnitt IX an die Datenstelle weitergeleitet werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese ihrem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten an dem DMP.
- (7) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel innerhalb der beteiligten Krankenkassen vornimmt, sind die Einschreibeunterlagen nach §§ 15 Abs. 3 und 16 für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (8) Der koordinierende Vertragsarzt hat gemäß Anlage 5, Nummer 1.4 der DMP-A-RL gemeinsam mit seinem Patienten eine individuelle Therapieplanung vorzunehmen und die individuellen Therapieziele festzulegen.

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

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV sowie der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 8 zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

## **§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse des Versicherten gemäß § 15 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung jederzeit schriftlich oder mündlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der mündlichen Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei der Krankenkasse.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet weiterhin:
  - mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
  - mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 RSAV,
  - bei Vorliegen eines der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum),
  - bei Wegfall der Einschreibungsvoraussetzungen gemäß § 14.
- (4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (5) Die Krankenkasse des Versicherten informiert sowohl den Versicherten als auch den gewählten koordinierenden Vertragsarzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

## **§ 18 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb der Vertragsregion zu wechseln.
- (2) Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet die vollständige Folgedokumentation an die Datenstelle gemäß § 30.
- (3) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines gewählten koordinierenden Vertragsarztes aus diesem Vertrag.
- (4) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt verpflichtet sich, bei einem Arztwechsel des Versicherten dem neuen koordinierenden Vertragsarzt eine Kopie der Behandlungsunterlagen und der Dokumentationsdaten auszuhändigen, sofern der Versicherte schriftlich zustimmt.

## **§ 19 Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVT bei Bedarf in elektronisch geeigneter Form eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß diesem Abschnitt eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI – Schulungen**

### **§ 20 Vertragsärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die gemäß §§ 3 und 3a teilnahmeberechtigten Vertragsärzte umfassend über die abgestimmten Ziele und Inhalte dieses DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die Schulungen der Vertragsärzte über Ziele und Inhalte des DMP sind richtlinienkonform. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 4.
- (2) Zur Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele sollen Fortbildungen der teilnehmenden Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 3a sowie der angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen, erfolgen. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für das DMP relevante regelmäßige Fortbildung.
- (3) Die in Bezug auf die Strukturqualität nach den Anlagen 1 und 1a geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVT von den leistungserbringenden Vertragsärzten dieses DMP nachzuweisen.

### **§ 21 Versicherte**

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsinhalte und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu angemessenen Patientenentscheidungen. Der Vertragsarzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen gemäß **Anlage 11** „Patientenschulung“ profitieren kann. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Dabei wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte verzichtet, die der DMP-A-RL widersprechen. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

- (3) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

## **Abschnitt VII – Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen**

### **§ 22**

#### **Erst- und Folgedokumentation**

- (1) Der Dokumentationsumfang richtet sich nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL (Anlage 9).
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (3) Der gewählte koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung des KHK-Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (quartalsweise bzw. jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

### **§ 23**

#### **Datenverwendung und -zugang**

- (1) Die Datensätze der Dokumentationen werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die Vertragspartner haben zur Spezifizierung der Datennutzung in § 31 Grundsätze der Datennutzung vereinbart, die verpflichtend sind. Darüber hinaus stellen die beteiligten Krankenkassen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden.
- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX und die ARGE übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Gleiches gilt für die GE und die Vertragspartner. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

### **§ 24**

#### **Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungspflichten gemäß § 5 der DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a sowie Abs. 2b der DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

## **§ 25 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

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

## **Abschnitt VIII – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 26 Allgemeine Datenflussregelung**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die von den Vertragsärzten gemäß § 22 erhobenen Datensätze gemäß § 25 Abs.1 RSAV den Vertragspartnern zugeleitet werden.

### **§ 27 Bildung und Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V**

- (1) Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine ARGE nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die ARGE hat entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und sie an die KVT und die von den Mitgliedern der ARGE gebildete GE nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 weiterzuleiten.
- (3) Die ARGE beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 28 Bildung und Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Mitglieder der ARGE haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine GE im Sinne des § 25 Abs. 2 RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.
- (2) Die GE hat die Aufgabe – auf Basis der von ihr erstellten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten – die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
  1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 6 der DMP-A-RL,

2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 6 der DMP-A-RL,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung bzw. Beauftragung eines Dritten mit der Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL,
5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
6. die Auswertung der Dokumentationsdaten und Berichte der Krankenkassen, die im Rahmen der Aufgabenzuweisung nach § 11 zu erstellen sind.

## **Abschnitt IX – Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

### **§ 29 Datenstelle**

- (1) Die Datenstelle übernimmt zur Vereinfachung des Verfahrens insbesondere die Entgegennahme, Erfassung, Pseudonymisierung und Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß der RSAV und der DMP-A-RL.
- (2) Die beteiligten Krankenkassen und die ARGE nach § 27 beauftragen die Datenstelle entsprechend der gesetzlichen und vertraglichen Zuständigkeiten mit nachstehenden Aufgaben:
  1. die Entgegennahme der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
  2. die Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
  3. die Archivierung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL gemäß § 24,
  4. die Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität verbunden mit der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  5. die Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 RSAV,
  6. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse des Versicherten,
  7. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT,
  8. die Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE nach § 28,
  9. die Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an seine Krankenkasse,
  10. die quartalsbezogene Weiterleitung eines reduzierten Datensatzes für Abrechnungszwecke an die KVT; bestehend aus den administrativen Daten für die von der Datenstelle weitergeleiteten vollständigen Erst- und Folgedokumentationen, jeweils bis zum 15. des 1. Monats des Folgequartals. Das Nähere regeln die Krankenkassen und die ARGE mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.

- (3) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vertretungsmacht geschlossenen Vertrages zwischen den Vertragspartnern und der ARGE nach § 25 RSAV mit der Datenstelle. Darin beauftragt er die Datenstelle:
1. die von ihm erstellte Dokumentation gemäß § 22 auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
  2. die Daten entsprechend § 25 Abs. 2 RSAV weiterzuleiten.

### **§ 30**

#### **Datenflüsse über die Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 4 verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt:
1. die vollständige Erstdokumentation mit den Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
  2. die vollständige Folgedokumentation mit den Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP-Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Online-Portal zu erfassen und die Dokumentation verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst, innerhalb von 10 Kalendertagen nach Erstellung der Dokumentation, an die Datenstelle (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die von ihm erstellte und von ihm und dem Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Kalendertagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.

Dabei vergibt der koordinierende Vertragsarzt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern (0 bis 9) bestehen darf. Diese darf jeweils nur einmal vergeben werden. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens. Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt der Vertragsarzt auf Anforderung das Arztexemplar der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

- (2) Nach Durchführung der Datenbearbeitung entsprechend § 29 übermittelt die Datenstelle die Ergebnisse des Datenverarbeitungsprozesses wie folgt:
1. bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse,
  2. bei der Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an das jeweilige DMP-Datenzentrum der Krankenkasse,
  3. bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 18 übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt nach § 3 die Folgedokumentation,
  4. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE,
  5. bei der Erst- und Folgedokumentation übermittelt die Datenstelle die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT.

### **§ 31 Datennutzung durch die Krankenkassen**

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass durch dieses DMP das sensible Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gestört werden soll. Die beteiligten Krankenkassen stellen insbesondere sicher, dass die übermittelten Daten aus Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische, therapeutische und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden. Daher verpflichten sich die Krankenkassen zu einer maßvollen Datennutzung.
- (2) Die an die Krankenkasse weitergeleiteten Dokumentationsdatensätze sollen im Verhältnis zu ihren Versicherten nach den folgenden Grundsätzen genutzt werden:
  1. Das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient bleibt durch dieses DMP unberührt.
  2. Die ärztliche Behandlungsfreiheit wird durch dieses DMP nicht eingeschränkt.
  3. Alle im DMP erhobenen Daten werden ausschließlich zu Zwecken dieses DMP verwendet.
  4. Die Optimierung der Patientenversorgung bleibt das gemeinsame Ziel von Vertragsärzten und Krankenkassen im Rahmen dieses DMP.
  5. Die Dokumentationsdaten werden nur dazu genutzt, ihre Versicherten entsprechend der Anlage 7 Teil 2 anlassbezogen und individuell zu informieren und persönlich zu beraten.
  6. Weitere Informationen an Versicherte können nur im Zusammenhang mit einer vertraglich vereinbarten Krankenkassen-Intervention gemäß Anlage 7 Teil 2 erfolgen. Dabei sollen die allgemeinen Informationen vorab der KVT von den Krankenkassen hinsichtlich Informationsart, -form und -zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinausgehende Maßnahmen erfolgen erst nach Rücksprache mit dem behandelnden Vertragsarzt.
  7. Es erfolgt keine darüber hinausgehende Steuerung des Krankheitsfalls durch die Krankenkasse des Versicherten. Dies bleibt allein in der Verantwortung der behandelnden Vertragsärzte.
  8. Wenn sich der Versicherte direkt an seine Krankenkasse wendet, wird er beraten.
- (3) Bei Meinungsverschiedenheiten erfolgt eine Abstimmung im Rahmen der GE.

### **§ 32 Datennutzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass die an die KVT weitergeleiteten Daten nur für Abrechnungszwecke verwendet werden.

## **Abschnitt X – Evaluation**

### **§ 33 Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des DMP sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der 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 GE in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

## **Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung**

### **§ 34 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag (DMP-übergreifender Vergütungsvertrag) geregelt.
- (2) Die Krankenkasse trägt die Vergütung für Leistungen an Patienten im Rahmen dieses Vertrages, die sich gegenüber dem Vertragsarzt als anspruchsberechtigte Versicherte der Krankenkasse ausweisen.

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

### **§ 35 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Die Datenübermittlungen gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgen gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 36 Haftung**

Eine Haftung der KVT für etwaige, den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile ist ausgeschlossen, soweit die Datenlieferungen der KVT vollständig und fristgerecht erfolgten und sie die Nachteile daher nicht zu vertreten hat.

### **§ 37 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 15.03.2018 und tritt zum 01.04.2021 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer dreimonatigen Frist zum Jahresende gekündigt werden. Bei Kündigung des Vertrages durch eine Krankenkasse bleibt dieser Vertrag für die anderen Vertragspartner bestehen.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge von Änderungen der RSAV, der DMP-A-RL sowie aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Kalendervierteljahr gekündigt werden.

**§ 38**  
**Schriftform**

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

**§ 39**  
**Salvatorische Klausel**

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung der Patienteninteressen und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, den \_\_\_\_\_

gez. Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für

gez. BKK Landesverband Mitte,  
Landesvertretung Thüringen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau (SVLFG), als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Frankfurt/ Main -

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen -