

**Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)**

Seite: 1

**Vertrag**

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

**Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)**

**auf Grundlage des § 83 SGB V**

zwischen

**der AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse.**

**dem BKK-Landesverband NORDWEST,**

**der IKK Nord,**

**der KNAPPSCHAFT**

**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 die Leiterin der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein**

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein**

**vertreten durch den Vorstand**

**(nachstehend KVSH genannt)**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Erläuterungen**

### **Übersicht Anlagen**

### **Präambel**

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

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II – Teilnahme der Ärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinieren Versorgungssektors
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des spezifisch qualifizierten Versorgungssektors
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

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

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 11a Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP
- § 12 Sanktionen

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 3

- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 18 Versichertenverzeichnis

### **Abschnitt VI – Schulungen**

- § 19 Schulungen für Ärzte
- § 20 Schulungen für Versicherte

### **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkasse, die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

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

### **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung**

- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und –löschung

### **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

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

### **Abschnitt X - Evaluation**

- § 33 Evaluation

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 4

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

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

### **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Aufteilung der Kosten

§ 39 Laufzeit und Kündigung

§ 40 Schriftform

§ 41 Salvatorische Klausel

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)**

Seite: 5

### **Erläuterungen**

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30
- „Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie bei Vertragsärzten, kommunalen Einrichtungen und Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte, die Leistungen gemäß §§ 3 oder 4 erbringen.
- „Betriebsstätte“ ist eine Betriebsstätte bzw. Nebenbetriebsstätte i.S.d. Bundesmantelvertrags-Ärzte bzw. Ersatzkassenvertrages
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „COPD“ ist die chronisch obstruktive Lungenerkrankung
- „Datenstelle“ ist eine solche im Sinne des § 21
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie)
- „Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL“ enthalten die in den Anlagen 2 und 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
- „Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL“ sind die in den Anlagen 2 und 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten
- „DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „Facharzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 4
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. §§ 31,32
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3
- „MVZ“ sind an diesem Programm teilnehmende zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Medizinische Versorgungszentren sowie bei diesen angestellte Ärzte, die Leistungen gemäß §§ 3 oder 4 erbringen.
- „qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts

Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die aktuelle 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.

## **Übersicht Anlagen**

- Anlage 1     Strukturqualität koordinierender Arzt**
- Anlage 2     Strukturqualität spezifisch qualifizierter Versorgungssektor**
- Anlage 3     – unbesetzt -**
- Anlage 4     Strukturqualität Schulungsarzt / Schulungseinrichtung COPD**
- Anlage 5     – unbesetzt -**
- Anlage 6     Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Ärzte**
- Anlage 6a    – unbesetzt -**
- Anlage 7     Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)**
- Anlage 8     - unbesetzt -**
- Anlage 9     Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**
- Anlage 10    Datenschutzinformation**
- Anlage 11    Patientenmerkblatt**
- Anlage 12    - unbesetzt -**
- Anlage 13    Qualitätssicherung**
- Anlage 14    Tabakentwöhnprogramme**
- Anlage 15    - unbesetzt –**
- Anlage 16    Ergänzungsvereinbarung  
Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen**

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 7

### **Präambel**

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen und die KVSH folgenden Vertrag auf Grundlage des § 83 SGB V zur Durchführung eines Disease-Management-Programms für Versicherte mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (im Folgenden COPD).

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen<sup>1</sup> zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei an COPD erkrankten Patienten in Deutschland verbesserungsbedürftig. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorenübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei COPD vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei Lebensstil assoziierten Risikofaktoren, z.B. durch eine Aufgabe des Rauchens, der Vermeidung auslösender Faktoren und körperliches Training, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des SGB V, der RSAV und der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

---

<sup>1</sup> Heute: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

## **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1**

#### **Ziele der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit COPD. Ärzte, die als Ärzte an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmen oder als angestellte Ärzte zur Leistungserbringung nach § 3 dieses Vertrages berechtigt sind, übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Vertragspartner wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am Disease-Management-Programm COPD in Schleswig-Holstein hin.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in der jeweils gültigen Fassung der RSAV und insbesondere der DMP-A-RL festgelegt. Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-spezifischen Lebensqualität. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag entsprechend Nummer 1.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:
  - Vermeidung/ Reduktion von:
    - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
    - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
    - einer raschen Progredienz der Erkrankung,bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie.
  - Reduktion der COPD bedingten Letalität,
  - adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

### **§ 2**

#### **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
  1. Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren in der Region der KVSH sowie für ermächtigte Krankenhausärzte der Region Schleswig-Holstein, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben und/oder nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben.
  2. Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.



## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 9

(2) Diese Vereinbarung gilt für:

- die Behandlung von AOK-Versicherten anderer Vertragsregionen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch die AOK mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVSH darüber informiert wurde.
- die Innungskrankenkassen außerhalb Schleswig-Holsteins, die ihren Beitritt gegenüber der IKK Nord erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
- die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären.

Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVSH, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren.

- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 39 dieses Vertrages.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm COPD teilnehmende Versicherte gemäß den medizinischen und strukturellen Inhalten der RSAV und der DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (5) Weitere gesetzliche Krankenkassen in Schleswig-Holstein können dieser Vereinbarung beitreten. Dazu bedarf es der Zustimmung aller Vertragspartner, die zum Zeitpunkt des Beitritts an dieser Vereinbarung teilnehmen. Die KVSH informiert die Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren über den Beitritt einer weiteren Krankenkasse.

## **Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte**

### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies gegenüber der KV nachweisen,
  1. Ärzte und Medizinische Versorgungszentren, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen  
  
und
  2. in Ausnahmefällen zugelassene oder ermächtigte spezifisch qualifizierte Fachärzte oder qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen und gemäß §§ 3, 4 vertraglich eingebunden sind. Die Ausnahmefälle sind insbesondere möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Ärzten dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Strukturqualität muss der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren (im Weiteren als „koordinierende Ärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
  1. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP bei demselben Arzt teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume.
  2. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL,
  3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach den Abschnitten VII und VIII,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 11

5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
6. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikatoren eine Überweisung an andere vertraglich eingebundene Ärzte entsprechend der Anlage 2 „Strukturqualität spezifisch qualifizierter Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte und Medizinische Versorgungszentren vorzunehmen. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßen Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus entsprechend dem Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen (Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.).
8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme 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.
10. Information der eingeschriebenen Patienten über regionale Angebote für Lungensport bei anerkannten Trägereinrichtungen entsprechend der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011“ sowie die Motivation der Patienten zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 - 10 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA Sorge zu tragen.

## **§ 4**

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des spezifisch qualifizierten Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die spezifisch qualifizierte Versorgung sind, soweit sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität spezifisch qualifizierter Versorgungssektor“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen,
  1. spezifisch qualifizierte Fachärzte
  2. spezifisch qualifizierte Einrichtungen.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 12

Die Strukturqualität muss der teilnehmende Vertragsarzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.

- (3) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,
  4. die Überweisung an andere Ärzte gemäß Nummer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
  5. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden Arzt nach § 3 je Quartal,
  6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
  7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus entsprechend dem Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten (Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.).
  8. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 - 8 entsprechend. Der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 13

### **§ 5**

#### **Teilnahmeerklärung**

- (1) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder seiner Funktion im Rahmen der spezifisch qualifizierten Versorgung nach § 4 gegenüber der KVSH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 6 „Teilnahmeerklärung Ärzte“ zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit.
- (2) Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den von der Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 30, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Der Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

### **§ 6**

#### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahme genehmigung.
- (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 Strukturqualität können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, 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 Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVSH nach. Die Teilnahmeerklärung nach Anlage 6 des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums muss neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVSH vom anstellenden Arzt bzw. anstellenden Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mitgeteilt. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend den Vorgaben der Anlage 6 unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVSH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 14

- (5) Die KVSH prüft die Voraussetzungen zur Teilnahme entsprechend den Anforderungen des Schulungsprogramms gemäß Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt / Schuleinrichtung COPD“ und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Schulungsgenehmigung.

## **§ 7**

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

- (1) Die Teilnahme des Arztes bzw. MVZ am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahme genehmigung, mit dem Tag der Unterschrift gemäß der Anlage 6 „Teilnahmeerklärung Ärzte“, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt bzw. das MVZ kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals. Die KVSH informiert unverzüglich die Krankenkassen und die Krankenhäuser.
- (3) Die Teilnahme des Arztes bzw. MVZ endet auch durch Ausschluss nach § 12 Absatz 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 3 oder 4. Der Ausschluss von diesem Vertrag erfolgt durch die KVSH
- (4) Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes bzw. des MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (5) Die Krankenkasse kann die vom Ende der Tätigkeit eines betreuenden Arztes betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte bzw. Medizinische Versorgungszentren aufmerksam machen.
- (6) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzung 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 keine Genehmigung zur Teilnahme am DMP besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Genehmigung für die besondere Leistungserbringung durch den angestellten Arzt 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 nachzuweisen.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 15

### **§ 8**

#### **Leistungserbringerverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVSH mit Ausnahme der teilnehmenden qualifizierten Einrichtungen ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen regelmäßig, mindestens einmal im Monat in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 7 „Ärzteverzeichnis“ zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Krankenkassen ein Verzeichnis. Dieses wird der KVSH zur Information der teilnehmenden Ärzte durch die Krankenkassen/-verbände zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Verzeichnis nach Absatz 1 entsprechend der Anlage 7 stellen die Krankenkassen dem BAS alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Weiterhin wird das Verzeichnis nach Absatz 1 entsprechend der Anlage 7 folgenden Personengruppen zur Verfügung gestellt:
  1. den am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten und
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung und
  3. der Datenstelle nach § 21,
  4. nachfolgend dem BAS bzw. der Aufsichtsbehörde auf Anforderung.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 kann veröffentlicht werden.

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

##### **Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in Anlage 11 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmenden Ärzte und MVZ verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Ärzte und MVZ werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlagen 11 oder 12 der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVSH über die eingetretene Änderung der Anforderungen an die Behandlung unterrichtet.



## **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 13 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

### **§ 11**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 13 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:
  1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
  2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL für die koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
  3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 13 „Qualitätssicherung“ genannten Indikatoren, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 18

Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL, den Leistungsdaten der Krankenkassen sowie den Abrechnungsdaten der KVSH ergeben, herangezogen.

- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden durch die Gemeinsame Einrichtung und die Krankenkassen in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und deren Ergebnisse z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung, regelmäßig, in der Regel einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

## **§ 11a**

### **Funktionen der Krankenkassen im Rahmen des DMP**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen nehmen im Rahmen des Behandlungsprogramms neben den teilnehmenden Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren und stationären Einrichtungen eine unterstützende Rolle ein. Ihr Handeln unterstützt die Versorgung, ohne in das Arzt-Patienten-Verhältnis einzugreifen.
- (2) Für Maßnahmen, die die Krankenkassen zur versichertenbezogenen Qualitätssicherung gemäß Anlage 13 durchführen, werden die Krankenkassen grundsätzlich schriftliche Informationen versenden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten.
- (3) Sofern die Krankenkasse persönlichen Kontakt zu einem Versicherten aufnehmen möchte, weil bislang eine zweimalige schriftliche Erinnerung nach Absatz 2 erfolglos geblieben ist, kann sich die Krankenkasse an den koordinierenden Arzt wenden, damit dieser mit dem betreffenden Versicherten ein (teilnahmeförderndes) Gespräch führt. Sofern dieses nicht zum Erfolg führt, steht es der Krankenkasse frei, sich direkt an den Versicherten zu wenden.
- (4) Seitens der teilnehmenden Krankenkassen können zusätzliche Service- und Betreuungsangebote für Versicherte vorgesehen werden (z.B. Vermittlung von Selbsthilfegruppen, psychosoziale Betreuungsangebote).

## **§ 12**

### **Sanktionen**

- (1) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms sind sich die Vertragspartner darüber einig, die Ärzte und MVZ, die gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen, wirksam zu sanktionieren.
- (2) Verstößt der Arzt bzw. das MVZ gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgen insbesondere folgende Sanktionen:
  1. keine Vergütung von vom Arzt zweifelsfrei schuldhaft verfristeten Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL (Unvollständigkeit, Unplausibilität, Zeitverzug), ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung.
  2. Aufforderung durch die KVSH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL).

### **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 19

3. Hält der Arzt bzw. das MVZ die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er / es von der Teilnahme auf begründeten Antrag eines Vertragspartners durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes bzw. eines MVZ entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

## **Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung des Versicherten**

### **§ 13**

#### **Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
  2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
  3. die schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat und
  4. eine Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale nicht vorliegt.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Darüber hinaus hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, die in der Anlage 11 DMP-A-RL geregelt sind.
- (4) Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Asthma bronchiale und DMP COPD ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig eingestufte DMP zu erfolgen.

### **§ 14**

#### **Information und Einschreibung**

- (1) Die Krankenkasse informiert entsprechend den Anlagen 9, 10, 11 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ „Datenschutzinformation“ und „Patientenmerkblatt“ ihre Versicherten im Sinne der Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programmes sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung Dauer der Aufbewahrung seiner Daten. Daneben werden die vertrag-

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 21

lich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der koordinierenden Ärzte ihre Versicherten außerdem entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere entsprechend den Anlagen 9, 10, 11 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, „Datenschutzinformation“ und „Patientenmerkblatt“, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL informieren. Sie informieren darüber, in welcher Form auf Verlangen Verzeichnisse über die im Rahmen des Programms Leistungen erbringenden Ärzte zur Verfügung gestellt werden. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (3) Der koordinierende Arzt, informiert entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
  2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3. der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann und grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist,
- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt zur Leistungserbringung nach § 3 im Rahmen dieses Vertrages berechtigt ist, und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet.
- (6) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollten sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Dies setzt voraus, dass der Arzt in allen entsprechenden Programmen zur Leistungserbringung als koordinierender Arzt berechtigt ist. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (7) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 4 erstellt und weitergeleitet werden.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 22

- (8) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 4 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm unter Angabe des Eintrittsdatums.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem Disease-Management-Programm bereit und willigt schriftlich in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

## **§ 16**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 8 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 und Abs. 5 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Absatz .8
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet insbesondere
1. mit dem Tag der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
  2. mit dem Tag der Kündigung der Teilnahme mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse, sofern er in dieser keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
  3. mit dem Tag des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse,
  4. mit dem Tag des Kassenwechsels unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 Absatz 3 RSAV,
  5. mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation, wenn innerhalb von zwölf Monaten zwei veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden,
  6. mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1a RSAV genannten Frist übermittelt wurden,

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 23

7. mit dem Tag des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 2 RSAV.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Disease-Management-Programm.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

## **§ 17**

### **Wechsel des koordinierenden Arztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL.
- (3) Unter dem Wechsel des koordinierenden Arztes wird auch die Konstellation verstanden, in der der koordinierende Facharzt bei einer Stabilisierung des Zustandes eine Rücküberweisung an den Hausarzt entsprechend Nummer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL vornimmt.

## **§ 18**

### **Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVSH bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherernummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **Abschnitt VI – Schulungen**

### **§ 19**

#### **Schulungen für Ärzte**

- (1) Die Krankenkassen/-verbände und die KVSH informieren die teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren richtlinienkonform über Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der nach den §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL ab. Die schriftlichen Unterlagen zur Schulung der Ärzte zu Programmbeginn sind konform der Richtlinien des G-BA. Die KVSH wirkt darauf hin, dass die Teilnahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten an entsprechenden Informationsveranstaltungen seitens der Ärztekammer Schleswig-Holstein im Rahmen der ärztlichen Fortbildung anerkannt wird.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVSH nachzuweisen.

### **§ 20**

#### **Schulungen für Versicherte**

- (1) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme, zum Beispiel nach Anlage 14, erhalten die Ärzte und die Versicherten über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkasse. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren Disease-Management-Programmen, zu berücksichtigen. Bei den angebotenen Schulungen werden nur Inhalte vermittelt, die den Richtlinien des G-BA nicht widersprechen.
- (2) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt / Schulungseinrichtung COPD“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (3) Die Schulungen erfolgen unter ärztlicher Aufsicht und Verantwortung.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 11 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die den Richtlinien des G-BA widersprechen, verzichtet werden.



**Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 25

- (5) Die Mitschulung von Begleitpersonen der zu schulenden erwachsenen Versicherten ist kostenfrei, wenn davon auszugehen ist, dass diese Begleitpersonen maßgeblich am Selbstmanagement der Krankheit des Versicherten mitwirken (z.B. bei Sprachproblemen).

**Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkasse, die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

**§ 21**

**Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
1. der Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  2. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  3. der Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  4. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
  5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL (Folgedokumentation) an die datenannehmenden Stellen der Krankenkassen,
  6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Ärztebezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
  7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkassen.

Das Nähere regeln die Vertragspartner und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BAS unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes bzw. Medizinischen Versorgungszentrums gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er / es die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
  2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an die Krankenkassen,
  3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Gemeinsame Einrichtung.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 27

- (3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilt die KVSH den teilnehmenden Ärzten und MVZ Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 22**

### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen- und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und –maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach Nummer 4 der Anlage 11 der DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes das Dokumentationsintervall (quartalsweise oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten fest.

## **§ 23**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum,
1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL
- am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Der einschreibende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiter.
- (2) Der koordinierende Arzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 9 „Teilnahmeerklärung und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL unterrichtet. Er erhält eine schriftliche Ausfertigung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL.
- (4) Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der koordinierende Arzt die entsprechenden Dokumentationen auf Anforderung zur Verfügung.

**Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 28

**§ 24**

**Datenzugang**

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-  
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hier-  
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

**§ 25**

**Datenaufbewahrung und –löschung**

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkas-  
sen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a  
DMP-A-RL.

## **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVSH und die Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 26**

#### **Datenfluss**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der teilnehmende Arzt bzw. das teilnehmende Medizinische Versorgungszentrum, bei Ersteinschreibung des Versicherten dessen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 an die Datenstelle weiterzuleiten.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL(Erstdokumentation) an die datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die datenannehmenden Stellen der Krankenkassen.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Ärztebezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und an die KVSH.

### **§ 27**

#### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Krankenkassen, KVSH und die Gemeinsame Einrichtung, übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

### **§ 28**

#### **Datenaufbewahrung und –löschung**

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 29**

#### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 30**

#### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und sie an die KVSH und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 13 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 31**

#### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung werden von den Vertragspartnern persönlich benannt. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

### **§ 32**

#### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 13 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
  1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 11 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,

### **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 31

3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  4. die Pseudonymisierung des Ärztebezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 DMP-A-RL,
  5. die Beratung der KVSH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von DMP-Ärzten auf Basis der Anlage 13,
  6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.
- (3) Die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung und deren Mitarbeiter haben Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung.

**Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 32

**Abschnitt X - Evaluation**

**§ 33**

**Evaluation**

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



**Abschnitt XI - Vergütung und Abrechnung****§ 34****Vertragsärztliche Leistungen**

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des EBM und sind mit der Gesamtvergütungsvereinbarung nach § 85 SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

**§ 35****Sondervergütung**

- (1) Für die unter Beachtung der bei elektronischer Übermittlung geltenden zugelassenen Verfahrensvorgaben vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

<b>Leistungsinhalt</b>	<b>Abrechnungsbetrag</b>	<b>Ziffer</b>
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand (einschließlich Porto) der entsprechenden Unterlagen durch den koordinierenden Arzt nach § 3	25 €	<b>99798A</b>
Erstellung und Versand (einschließlich Porto) der Folgedokumentation durch den koordinierenden Arzt nach § 3	15 €	<b>99798B</b>

Nimmt ein Versicherter an mehreren Disease-Management-Programmen für internistische Diagnosen teil (z. B. Diabetes Typ 2 und COPD) und wählt hierfür denselben koordinierenden Arzt gemäß § 3, so verringert sich die o.g. Vergütung der Erstdokumentation auf 15,00 Euro und die der Folgedokumentation auf 10,00 Euro. Dies setzt voraus, dass der Arzt gemäß § 3 in beiden DMP zur Leistungserbringung als koordinierender Arzt berechtigt ist. Es können demnach folgende Vergütungen je Dokumentation abgerechnet werden:

	<b>Vergütung bei zwei Diagnosen</b>	<b>Ziffer</b>
Erstdokumentation	15,00 Euro	<b>99798C</b>
Folgedokumentation	10,00 Euro	<b>99798D</b>

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen ist damit abgegolten.

Die Abrechnungspositionen **99798A** sowie **99798C** (Erstdokumentation) können grundsätzlich nur einmal je Versicherten abgerechnet werden.

## Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 34

Wurde vom koordinierenden Arzt „quartalsweise“ als Dokumentationsintervall auf der Erstdokumentation bzw. der Folgedokumentation angegeben, wird je Patient und Quartal höchstens eine Folgedokumentation vergütet. Wenn vom koordinierenden Arzt „jedes zweite Quartal“ als Dokumentationsintervall angegeben wurde, wird je Patient und jedem 2. Quartal höchstens eine Folgedokumentation vergütet.

- (2) Vor Erstellung der Erstdokumentation klärt der Arzt durch Nachfrage beim Patienten ab, ob sich der Patient schon bei einem anderen Arzt eingeschrieben hat. Es wird geprüft, in wie weit unplausible Mehrfachanmeldungen auftreten. § 12 gilt entsprechend.
- (3) Vor Erstellung der Folgedokumentation klärt der Arzt durch Nachfrage beim Patienten ab, ob sich der Patient unterdessen bei einem anderen Arzt eingeschrieben hat. Eine Prüfung erfolgt analog zu Absatz 2 Satz 2. § 12 gilt entsprechend.
- (4) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.
- (5) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal bis spätestens zum Ende des darauf folgenden Quartals einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 der DMP-A-RL. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KVSH.
- (6) Der Arzt bzw. das MVZ gemäß § 3 erhält für die Einbindung der Patienten in ein situatives Assessment zu einem auf die Krankheit zugeschnittenen Verhalten im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes eine Betreuungspauschale in Höhe von 5,00 Euro pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal (Ziffer **99798F**).
- (7) Der Arzt bzw. das MVZ gemäß § 4 erhält für die Mitbehandlung und Einbindung der Patienten in ein situatives Assessment zu einem auf die Krankheit zugeschnittenen Verhalten eine Betreuungspauschale in Höhe von 12,00 Euro pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal (Ziffer **99798G**).

## Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 35

- (8) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt / Schulungseinrichtung COPD“ erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten haben. Nachschulungen innerhalb eines Schulungszyklusses bedürfen der Begründung sowie der Genehmigung durch die Gemeinsame Einrichtung. Die Schulungen in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage werden wie folgt vergütet:

	Ziffer	Bezeichnung/Leistungsumfang	Zeitlicher Umfang	Vergütung je Patient <sup>2</sup>
1.	<b>99798J</b>	Das ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) - in Gruppen mit max. 6 Personen	6 Unterrichtseinheiten je 60 Minuten	<b>31,50 €</b> pro UE und Patient
	<b>99798K</b>	<b>Nachschulung zu 1.</b> - frühestens 12 Monaten nach Ende der Schulung nach 1.	im Regelfall 1 bis 3 Unterrichtseinheiten von mindestens 45 Minuten	<b>19,00 €</b> pro UE und Patient
	<b>99798Q</b>	<b>COBRA-Schulungsmaterial</b>		<b>9,50 €</b>

Eine erneute Abrechnung der Schulungen ist bei demselben Patienten erst nach Ablauf von zwei Jahren nach Ende der letzten Schulung möglich.

- (9) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung. Eine zusätzliche Abrechnung von Schulungsleistungen über den EBM ist nicht möglich.
- (10) Die KVSH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den Ärzten und den MVZ in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVSH einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.
- (11) Identische Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.
- (12) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (13) Mit diesen Vergütungen sowie den in Abrechnung zu bringenden EBM-Leistungen sind alle medizinischen und nicht medizinischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung von COPD abgegolten. Weitere Kosten können den Krankenkassen und dem Versicherten nicht in Rechnung gestellt werden.
- (14) Voraussetzung für die Vergütung der o.g. Ziffern ist die Einhaltung der Regelungen der Anlage 16 „Ergänzungsvereinbarung Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen“.

---

<sup>2</sup> Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass bei Umstrukturierung der Schulungsprogramme das Vergütungsniveau gehalten werden soll.

## **Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 36**

#### **Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

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

### **§ 37**

#### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

- (1) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte und MVZ, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.
- (2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 38**

#### **Aufteilung der Kosten**

- (1) Kosten der Datenstelle im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Erst- und Folgedokumentation (gemäß § 22) werden aufwandsbezogen von der Datenstelle mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet. Kassenspezifische Zusatzleistungen der Datenstelle werden mandantenabhängig und gesondert abgerechnet.
- (2) Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Aufgaben der ärztlichen Qualitätssicherung (inkl. von entsprechenden Anteilen in der Datenstelle) werden zur Hälfte von den Krankenkassen und zur Hälfte von der KVSH getragen. Die Aufteilung des Anteils der Krankenkassen erfolgt entsprechend Absatz 7.
- (3) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen. Die Kosten für Informationsveranstaltungen für Ärzte werden von der KVSH übernommen.
- (4) Kosten für die regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel werden von der KVSH übernommen. Die KVSH ist auch für die Durchführung und Organisation der Qualitätszirkel zuständig.

## **Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 37

- (5) Kosten der Gemeinsamen Einrichtung werden in dem Vertrag über die Gemeinsame Einrichtung geregelt.
- (6) Kosten der Arbeitsgemeinschaft werden in dem Vertrag über die Arbeitsgemeinschaft geregelt.
- (7) Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt nach der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten. Die endgültige Abrechnung (Spitzabrechnung) erfolgt zum 31.12. jeden Jahres.  
Die Anzahl der zum 31.12. eingeschriebenen Versicherten je Kasse entspricht der KM6/2.  
Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, so ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.
- (8) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Strukturqualität und zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.

## **§ 39**

### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2018 in Kraft. Er steht unter dem Vorbehalt der aufsichtsbehördlichen Nichtbeanstandung. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass Vertragsänderungen oder Anpassungen des hiermit geregelten Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, der Richtlinien des G-BA nach § 137g Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfrist gemäß §137g Absatz 2 SGB V ist zu beachten. Falls keine Einigung über die Anpassung erzielt werden kann, besteht für die Vertragspartner ein Sonderkündigungsrecht zu dem Zeitpunkt, an welchem die Zulassungsfähigkeit nach altem Stand endet. Absatz 4 Sätze 4 und 5 gelten entsprechend.
- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung von Absatz 1 Satz 2 für den erneuten Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und der Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Quartalsende. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.
- (5) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des Disease-Management-Programms zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit COPD sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

**Anlage 1 zur 5. Änderungsvereinbarung**

**zum** Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V  
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

Seite: 38

**§ 40****Schriftform**

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

**§ 41****Salvatorische Klausel**

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