

**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 – Die Innovationskasse,**

**der KNAPPSCHAFT,**

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

**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.....   | 4         |
| Übersicht Anlagen.....   | 4         |
| <u>Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich.....</u>   | <u>5</u>  |
| § 1 Ziele des Vertrages .....  | 5         |
| § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze .....                                      | 5         |
| <u>Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte .....</u>  | <u>6</u>  |
| § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors ....    | 6         |
| § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors .....    | 7         |
| § 5 Überprüfung der Strukturqualitäten.....  | 8         |
| § 6 Beginn und Ende der Teilnahme .....  | 9         |
| § 7 Ärzteverzeichnisse .....   | 9         |
| <u>Abschnitt III – Versorgungsinhalte .....</u>  | <u>9</u>  |
| § 8 Medizinische Anforderungen an das DMP COPD.....                                      | 9         |
| <u>Abschnitt IV – Qualitätssicherung.....</u>  | <u>10</u> |
| § 9 Grundlagen und Ziele .....   | 10        |
| § 10 Maßnahmen und Indikatoren.....  | 10        |
| § 11 Vertragsmaßnahmen .....   | 11        |
| <u>Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten .....</u>                  | <u>11</u> |
| § 12 Teilnahmevoraussetzungen.....   | 11        |
| § 13 Information und Einschreibung .....   | 12        |
| § 14 Beginn und Ende der Teilnahme .....   | 13        |
| § 15 Wechsel des koordinierenden Arztes.....   | 13        |
| <u>Abschnitt VI – Information von Ärzten und Schulungen von Patienten.....</u>           | <u>13</u> |
| § 16 Informationen für teilnehmende Ärzte .....  | 13        |
| § 17 Schulungen für Versicherte .....  | 14        |
| <u>Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle .....</u> | <u>14</u> |
| § 18 Arbeitsgemeinschaft .....   | 14        |
| § 19 Gemeinsame Einrichtung .....  | 15        |
| § 20 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung .....  | 15        |
| § 21 Datenstelle .....   | 15        |
| § 22 Datenfluss zur Datenstelle .....  | 15        |
| § 23 Datenzugang .....   | 16        |
| § 24 Datenaufbewahrung und –löschung .....   | 16        |

|   |           |
|---|-----------|
| § 25 Evaluation .....                                 | 16        |
| <u>Abschnitt VIII - Vergütung und Abrechnung.....</u> | <u>17</u> |
| § 26 Vertragsärztliche Leistungen .....               | 17        |
| § 27 Sondervergütung.....                             | 17        |
| <u>Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen.....</u>      | <u>17</u> |
| § 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz.....   | 17        |
| § 29 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen .....       | 18        |
| § 30 Aufteilung der Kosten .....                      | 18        |
| § 31 Laufzeit und Kündigung.....                      | 18        |
| § 32 Schriftform .....                                | 19        |
| § 33 Salvatorische Klausel .....                      | 19        |

## Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diesen Vertrag
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i.S.d. § 18
- „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)
- „Dokumentationsdaten“ sind die in den Anlagen 2 und 12 DMP-A-RL aufgeführten Daten
- „DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i.S.d. § 19
- „koordinierender Arzt“ ist ein Arzt i.S.d. § 3
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

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. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

## Übersicht Anlagen

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil des Vertrages

|          |  |
|----------|--|
| Anlage 1 | Strukturqualität koordinierender Arzt                      |
| Anlage 2 | Strukturqualität qualifizierter Facharzt                   |
| Anlage 3 | Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Ärzte                |
| Anlage 4 | Ärzteverzeichnis (ambulanter Sektor)                       |
| Anlage 5 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE) |
| Anlage 6 | Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung und Schulung         |
| Anlage 7 | Qualitätssicherung   |
| Anlage 8 | Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen               |
| Anlage 9 | Tabakentwöhnungsprogramme                                  |

# Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

## § 1

### Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsabhängige, systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit COPD. Koordinierende Ärzte gemäß § 3 übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Daher spielen sie eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in 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 Nr. 1.3 der Anlage 11 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 und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
  1. Ärzte in der Region der KVSH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben und die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben.
  2. Die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben und die entsprechenden Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme erfüllen.
- (2) Dieser Vertrag 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 – Die Innovationskasse erklären und die KVSH darüber informiert wurde.

- die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären und die KVSH darüber informiert wurde.
- (3) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (4) Die an diesem DMP COPD teilnehmenden Versicherten sind gemäß diesem Vertrag zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

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

### **§ 3**

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Ärzte – im Folgenden „koordinierende Ärzte“ genannt -, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Jeder koordinierende Arzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 1 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt entsprechend § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Ärzte 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 § 8 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nr. 1.6 der Anlage 11 DMP-A-RL,
  3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 13 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach dem Abschnitten VII,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Motivation von Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,
  6. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.2 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikatoren eine Überweisung zur Auftragsleistung an andere vertraglich eingebundene Ärzte entsprechend der Anlage 2 oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte vorzunehmen. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,

7. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus 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, insbesondere bei unter Nr. 1.6.4 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und 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 26.11.2021“ sowie die Motivation der Patienten zur Teilnahme an entsprechenden Angeboten.
11. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten.
12. die ausschließliche Verwendung einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 - 12 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 4**

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die spezifisch qualifizierte Versorgung sind Ärzte – im Folgenden „Facharzt“ genannt, die die Voraussetzungen nach der Anlage 2 arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Der Facharzt nach Abs. 2 kann auch als koordinierender Arzt tätig sein. Dies gilt im Ausnahmefall für Patienten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder im Ausnahmefall für Patienten, bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Sofern ein nach § 4 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 4 zu erfüllen.
- (4) Jeder Facharzt, der Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen will, hat die Erfüllung der Strukturqualität nach Anlage 2 gegenüber der KVSH gemäß Anlage 3 nachzuweisen. Bei angestellten Ärzten bestätigt zudem der anstellende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Die Überprüfung der Strukturqualitäten erfolgt gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 8 geregelten Versorgungsinhalte. Die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt in Abhängigkeit der medizinischen Dringlichkeit schnellstmöglich nach Anmeldung. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln.
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Ärzte gemäß Nr. 1.6 der Anlage 11 DMP-A-RL. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
5. nach Abschluss der Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
6. bei Vorliegen der unter Nr. 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete Krankenhaus 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.
7. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nr. 1.6.4 der Anlage 11 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragsstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.
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 hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV und der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

## **§ 5**

### **Überprüfung der Strukturqualitäten**

- (1) Die KVSH prüft die Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte, die einen vollständig ausgefüllten Antrag gemäß Anlage 3 vorgelegt haben, entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß Anlage 1 bzw. 2 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Teilnahme genehmigung. Die Strukturqualität muss von den Ärzten spätestens bei Beginn der Teilnahme gegenüber der KVSH nachgewiesen werden.
- (2) Die KVSH prüft die Voraussetzungen von Ärzten entsprechend den Anforderungen des Schulungsprogramms nach Anlage 1 bzw. 2 und erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen eine Schulungsgenehmigung.

## **§ 6**

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

- (1) Die Teilnahme des Arztes am DMP beginnt vorbehaltlich der Teilnahmegenehmigung mit dem Tag der Unterschrift gemäß der Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die Teilnahme endet auch mit dem Ende oder dem Ruhen der Teilnahme des Arztes an der vertragsärztlichen Versorgung.
- (3) Die Teilnahme des Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 11 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach §§ 3 oder 4. Der Ausschluss von diesem Vertrag erfolgt durch die KVSH.
- (4) Die KVSH informiert die Krankenkassen mittels des Ärzteverzeichnisses nach § 7 über das Ende der Teilnahme. Die Krankenkasse kann die vom Ende der DMP-Teilnahme eines betreuenden Arztes betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

## **§ 7**

### **Ärzteverzeichnisse**

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVSH ein Verzeichnis gemäß Anlage 4. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung einmal im Monat in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, zur Verfügung.
- (2) Über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Krankenkassen/-verbände ein Verzeichnis. Dieses wird der KVSH zur Information der teilnehmenden Ärzte durch die Krankenkassen/-verbände zur Verfügung gestellt.
- (3) Weiterhin wird das Verzeichnis nach Abs. 1 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
  1. den am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten,
  2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
  3. der Datenstelle nach § 21,
  4. dem BAS alle 5 Jahre und auf Anforderung,
  5. der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Anforderung.
- (4) Das Ärzteverzeichnis nach Abs. 1 kann veröffentlicht werden.

## **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

## **§ 8**

### **Medizinische Anforderungen an das DMP COPD**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in Anlage 11 DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der

teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine 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 werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlagen 11 oder 12 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**

### **§ 9**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 7 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

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

### **§ 10**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

- (1) Entsprechend Nr. 2 der Anlage 11 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 DMP-A-RL sind in diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Die Maßnahmen bestehen aus strukturiertem Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle. Zusätzlich kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein.
- (3) Die Maßnahmen entsprechen § 2 Abs. 4 DMP-A-RL und werden ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der teilnehmenden Ärzte und der eingeschriebenen Versicherten.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 7 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## § 11

### Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren folgende Maßnahmen, die dann greifen, wenn die an diesem DMP teilnehmende Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen:
  1. Schriftliche Aufforderung durch die KVSH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. unterbliebener Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen).
  2. Hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme an diesem Vertrag durch die KVSH ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Vertragspartner einvernehmlich.

## Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

### § 12

#### Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3 der Anlage 11 DMP-A-RL erfüllt sind:
  - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nr. 1.2 der Anlage 11 DMP-A-RL,
  - die schriftliche oder elektronische Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten,
  - die umfassende schriftliche oder elektronische 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 seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs 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,
    - über seine Mitwirkungspflichten sowie
    - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme am DMP zur Folge hat und
  - keine Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale vorliegt.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.

- (3) 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.

## § 13

### Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Der koordinierende Arzt informiert seine nach § 12 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten ebenfalls entsprechend der DMP-A-RL.
- (3) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 12 erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 zur Teilnahme am DMP bereit und willigt schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen notwendig:
  1. die vollständigen und plausiblen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
  2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nr. 1.3. der Anlage 11 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 DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt an diesem Vertrag teilnimmt, und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet.
- (6) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, können sich dafür entscheiden, nur einen koordinierenden Arzt zu wählen, um die Koordination und Synchronisation mehrerer DMP sicherzustellen. Dies setzt voraus, dass der Arzt in allen entsprechenden DMP 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 DMP 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 Abs. 4 erstellt und weitergeleitet werden.
- (8) Soweit ein am DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.
- (9) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

## **§ 14**

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

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 9 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 13 Abs. 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß den Gründen in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs. Außerdem endet die Teilnahme des Versicherten mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 12 vorliegen.

## **§ 15**

### **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 DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.

## **Abschnitt VI – Information von Ärzten und Schulungen von Patienten**

## **§ 16**

### **Informationen für teilnehmende Ärzte**

- (1) Die KVSH informiert die Ärzte gemäß §§ 3 und 4 über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der nach den §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Nr. 3 der Anlage 11 DMP-A-RL ab. Die in den Anlagen 1 und 2 geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt. Die Teilnahme an diesen Fortbildungsveranstaltungen ist der KVSH bis zum 31. März des Folgejahres nachzuweisen. In diese Fortbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte

gemäß Anlage 11 DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einbezogen werden.

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

## **§ 17**

### **Schulungen für Versicherte**

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Die Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL-konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. 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 9, 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 DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte nach §§ 3 und 4, die gemäß der Anlagen 1 und 2 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 11 DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (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 – Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle**

### **§ 18**

#### **Arbeitsgemeinschaft**

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

## **§ 19**

### **Gemeinsame Einrichtung**

Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

## **§ 20**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 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 Ärzten auf Basis der Anlage 7,
6. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

## **§ 21**

### **Datenstelle**

- (1) Die Vertragspartner, die Arbeitsgemeinschaft nach § 18 sowie die Gemeinsame Einrichtung nach § 19 beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL.
- (2) Es ist geregelt, dass die Daten nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und -Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt werden.
- (3) Das Nähere regeln die Vertragspartner und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag.

## **§ 22**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Arzt,
  1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL,

2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 12 DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung der Dokumentationen sicherzustellen, dass eine gültige Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Zugleich verpflichten er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose und von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben innerhalb von 10 Tagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation, an die Datenstelle zu übermitteln.

- (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.

## **§ 23**

### **Datenzugang**

Zugang zu den übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen der DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 24**

### **Datenaufbewahrung und –löschung**

- (1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Für die Datenstelle gilt die Aufbewahrungsfrist gemäß § 5 Abs. 2b DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.

## **§ 25**

### **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 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 VIII - Vergütung und Abrechnung**

### **§ 26**

#### **Vertragsärztliche Leistungen**

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

### **§ 27**

#### **Sondervergütung**

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 6 „Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung, und Schulung“ definiert. Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle erstellt für die KVSH und die Krankenkassen jedes Quartal einen Nachweis der für den laufenden Fall vollständig und plausibel erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen spätestens bis zum Ende des darauffolgenden Quartals. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KVSH und wird von der KVSH bei der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt.
- (3) Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die teilnehmenden Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen.
- (4) Sofern für Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, und sich vergütungsrelevante Änderungen im EBM des Bundesmantelvertrages oder des Gesamtvertrages ergeben, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.

## **Abschnitt IX - Sonstige Bestimmungen**

### **§ 28**

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

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte 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.

## **§ 29**

### **Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 bis zur 6. Stelle versicherten- und arztbezogen an die Krankenkassen. 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.

## **§ 30**

### **Aufteilung der Kosten**

- (1) 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 Abs. 3.
- (2) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen. Die Kosten für Informationsveranstaltungen für Ärzte werden von der KVSH übernommen.
- (3) 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 KM7. Sollte durch eine Aufsichtsprüfung der DMP-Versichertenbestand nachträglich bei einer Kasse geändert werden, so ist eine nachträgliche Rückabwicklung (Änderung) der Umlage nicht vorgesehen.
- (4) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Strukturqualität und zur Teilnahme an diesem DMP 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.

## **§ 31**

### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2024 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2018 in der Fassung der 7. Änderungsvereinbarung vom 01.01.2023. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das BAS und der zuständigen Aufsichtsbehörden. Eine erneute Teilnahmeerklärung der Ärzte bzw. Einschreibung der Versicherten ist nicht notwendig.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL nach § 137g Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. 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.

- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des DMP gilt dieser Vertrag unter Berücksichtigung von Abs. 1 Satz 2 für den erneuten Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und der Versicherten gelten weiter.
- (4) Während seiner Laufzeit kann der Vertrag von jedem Vertragspartner - mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht. - Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.

## **§ 32**

### **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.

## **§ 33**

### **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 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.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Bad Segeberg, den \_\_\_\_\_  
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den \_\_\_\_\_  
AOK NordWest - Die Gesundheitskasse.

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
BKK-Landesverband NORDWEST

Lübeck, den \_\_\_\_\_  
IKK - Die Innovationskasse.

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion Nord, Hamburg

Kiel, den \_\_\_\_\_  
SVLFG als LKK

Kiel, den \_\_\_\_\_  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung  
Schleswig-Holstein