

Vertrag

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

Koronare Herzkrankheit (KHK)

auf der 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 (LKK)**

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 Landesvertretung

Schleswig-Holstein

(nachstehend Krankenkassen /-verbände genannt)

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

vertreten durch den Vorstand

(nachstehend KVSH genannt)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	4
Übersicht Anlagen.....	5
Abschnitt I.....	6
Ziele, Geltungsbereich	6
§ 1 Ziele des Vertrages	6
§ 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze.....	6
Abschnitt II.....	7
Teilnahme der Ärzte	7
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Versorgungsebene ...	7
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der fachärztlichen Versorgungsebene.....	9
§ 5 Überprüfung der Strukturqualitäten	10
§ 6 Beginn und Ende der Teilnahme	10
§ 7 Ärzteverzeichnisse.....	11
Abschnitt III.....	11
Versorgungsinhalte.....	11
§ 8 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK.....	11
Abschnitt IV	12
Qualitätssicherung	12
§ 9 Grundlagen und Ziele	12
§ 10 Maßnahmen und Indikatoren	12
§ 11 Vertragsmaßnahmen	13
Abschnitt V	13
Teilnahme und Einschreibung des Versicherten	13
§ 12 Teilnahmevoraussetzungen	13
§ 13 Information und Einschreibung.....	14
§ 14 Beginn und Ende der Teilnahme.....	15
§ 15 Wechsel des koordinierenden Arztes	15
Abschnitt VI	16
Information von Ärzten und Schulungen von Patienten.....	16
§ 16 Informationen für teilnehmende Ärzte	16
§ 17 Schulungen von Versicherten	16

Abschnitt VII	17
Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben.....	17
§ 18 Arbeitsgemeinschaft	17
§ 19 Gemeinsame Einrichtung	17
§ 20 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung.....	17
§ 21 Datenstelle	17
§ 22 Datenfluss zur Datenstelle	18
§ 23 Datenzugang	18
§ 24 Datenaufbewahrung.....	18
§ 25 Evaluation	19
Abschnitt VIII	19
Vergütung und Abrechnung	19
§ 26 Vertragsärztliche Leistungen.....	19
§ 27 DMP-Leistungen und Abrechnungsbestimmungen	19
Abschnitt IX	20
Sonstige Bestimmungen	20
§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz	20
§ 29 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen	20
§ 30 Erstattung von Verwaltungskosten	20
§ 31 Laufzeit und Kündigung	21
§ 32 Schriftform	21
§ 33 Salvatorische Klausel.....	22

Erläuterungen

„Ärzte“ sind Vertragsärzte sowie bei diesen oder teilnehmenden Medizinischen Versorgungszentren und kommunalen Einrichtungen angestellte Ärzte die Leistungen gemäß §§ 3 oder 4 erbringen.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

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

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

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

§§ Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

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

Übersicht Anlagen

- | | |
|-----------------|---|
| Anlage 1 | Strukturqualität koordinierender Arzt |
| Anlage 2 | Strukturqualität fachärztlich qualifizierter Arzt |
| Anlage 3 | Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt |
| Anlage 4 | Leistungserbringerverzeichnis DMP KHK (ambulante Ebene) |
| Anlage 5 | Qualitätssicherung Koronare Herzkrankheit (KHK) auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL |
| Anlage 6 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (TE/EWE) |
| Anlage 7 | Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung und Schulungen |
| Anlage 8 | Dokumentation von DMP-begründenden Diagnosen |

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Mit dem DMP Koronare Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt) soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit KHK gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am DMP teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Nummer 1.3 der DMP-A-RL an:
 - Reduktion der Sterblichkeit,
 - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 - Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.
- (4) Generell geht es dabei um die Steigerung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK beeinträchtigten Lebensqualität. Gemeinsam mit dem Patienten prüft der Arzt, ob der Patient hinsichtlich der genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Dieser Vertrag gilt für
 - Ärzte in der Region der KVSH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben.
 - Die Behandlung der Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnittes 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 Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären 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.
- (3) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte.
- (4) Grundlage dieses Vertrages sind insbesondere die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind 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 KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der koordinierenden Versorgungsebene

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die koordinierende Versorgungsebene sind Ärzte, die die Anforderungen nach der 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 gemäß § 5. Die Teilnahme am DMP beginnt gemäß § 6 Abs. 1.
- (4) Zu den Pflichten der teilnehmenden koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. Die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren internistischen DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume. Bei Versicherten, welche an mehreren DMP teilnehmen, ist zwischen verschiedenen koordinierenden Ärzten eine interkollegiale Abstimmung bezogen auf die vorgenannten Inhalte sicher zu stellen.
 2. Die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer, insbesondere vertraglich eingebundener Leistungserbringer, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL.
 3. Die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach dem Abschnitt VII.

4. Die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL nach Abschnitt VII innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes an die Datenstelle. Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten unterrichtet.
5. Die Beachtung der Qualitätsziele nach § 9 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
6. Die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist.
7. Bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikatoren eine Überweisung an andere Ärzte vorzunehmen. Auf dem Überweisungsschein soll der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
8. Bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP KHK teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
9. Bei Erforderlichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der in Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme 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. Bei Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
11. Die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme des Versicherten.
12. Die Verwendung einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren. Alternativ können die Daten formularbasiert über die DMPonline-Datenerfassung auf dem Server der Datenstelle erfasst werden.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-13 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV durch arbeitsvertragliche Regelungen Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der fachärztlichen Versorgungsebene

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für qualifizierte Versorgung sind Ärzte - im Folgenden „Fachärzte“ genannt – die die Voraussetzungen nach der Anlage 2 –arzt- und betriebsstättenbezogen erfüllen.
- (3) Der Facharzt nach Absatz 2 kann in Ausnahmefällen auch koordinierender Arzt sein. Dies gilt
 - im Ausnahmefall für Patienten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind und diesen zu ihrem koordinierenden Arzt wählen 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 Pflichten 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 Absatz 1.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere:
 1. Die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 8 geregelten Versorgungsinhalte. 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 Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums.
 3. Die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 17 soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KVSH entsprechend nachgewiesen ist.
 4. Die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
 5. Nach Abschluss der Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen auch zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln.
 6. Bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP KHK teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

7. Bei Erforderlichkeit einer Rehabilitationsmaßnahme unter Beachtung der Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL, die Antragstellung dieser Maßnahme 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 Einbindung anderer Leistungserbringer therapierelevante Informationen, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern einzufordern.
9. Die Beachtung der Überweisungsregeln entsprechend Nummer 1.6.2 Anlage 5 der DMP-A-RL.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL sowie der RSAV durch arbeitsvertragliche Regelungen 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 Anlagen 1 - 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 Teilnahme genehmigung mit dem Tag der Unterschrift gemäß der Anlage 3. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVSH bestätigt.
- (2) Der Arzt kann die 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 Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen nach § 5.
- (4) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4, so ist er von diesem Vertrag durch die KVSH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.

- (5) Die KVSH informiert die beteiligten Vertragspartner mittels des Ärzteverzeichnisses nach § 7 über das Ende der Teilnahme.

§ 7

Ärzteverzeichnisse

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVSH ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten angestellten Ärzte. Die KVSH stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung monatlich entsprechend der Anlage 4 in elektronischer Form, z.B. Excel-Datei, zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen /-verbände führen ein Verzeichnis über die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses wird der KVSH zur Information der teilnehmenden Ärzte durch die Krankenkassen/-verbände zur Verfügung gestellt.
- (3) Weiterhin werden die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 2 folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Ärzten,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
 3. der Datenstelle nach § 21,
 4. dem BAS auf Anforderung und bei jeder Vertragsanpassung nach § 137g Abs. 2 SGB V sowie
 5. der zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung.
- (4) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und Abs. 2 können veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 8

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

- (1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP KHK sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Anlage 5 der DMP-A-RL gilt in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Ärzte werden nach Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, 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 5 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

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

§ 10
Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend Nr. 2 der Anlage 5 DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 Abs. 4 DMP-A-RL sind diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Die Maßnahmen bestehen aus strukturiertem Feedback auf der Basis der versichertenbezogen 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 5 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 nach Kenntnisnahme durch die Gemeinsame Einrichtung folgende Maßnahmen, die dann greifen, wenn die an diesem DMP teilnehmenden 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 des Versicherten

§ 12

Teilnahmevoraussetzungen

- (3) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 DMP-A-RL und die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nr. 3.2 der Anlage 5 DMP-A-RL erfüllt sind:
 - gesicherte Diagnose gemäß den Nr. 1.2 der Anlage 5 DMP-A-RL,
 - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Nr. 1.2 der Anlage 5 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.

- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Koronare Herzkrankheit und Chronische Herzinsuffizienz ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

§ 13

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL schriftlich oder elektronisch über das DMP.
- (2) Koordinierende Ärzte gemäß § 3 informieren ihre nach § 12 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 (Anlage 6) 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 der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt,
 2. die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, 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 Anlage der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann und grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung sowie Teilnahme an Schulungen bereit ist.
- (4) 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 des Versicherten gemäß Anlage 6 an die Datenstelle sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht ebenfalls an die Datenstelle entsprechend § 22 weiterleitet.
- (5) Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, können sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer DMP sicherzustellen. Dieses 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.

- (6) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte mit bekannter Diagnose KHK hinsichtlich der Teilnahme beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse darauf hingewiesen, dass die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 von seinem behandelnden Arzt nach § 3 dieses Vertrages vervollständigt und weitergeleitet werden müssen.
- (7) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (8) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 14

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 13 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 13 Absatz 4 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit widerrufen. 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.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem 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 nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend den Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL und übersendet diese an die Datenstelle. 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 teilnehmenden Ärzte über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen gemäß der DMP-A-RL transparent dargestellt. Die teilnehmenden und teilnahmeberechtigten Ärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung.
- (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 ab. Die jeweils in den Anlagen 1 - 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 5 DMP-A-RL, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 9, einbezogen werden.

§ 17

Schulungen von Versicherten

- (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. Schulungsbestandteile, die nicht der DMP-A-RL entsprechen, werden nicht geschult. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind und aktiv an der Umsetzung ihrer Therapieziele mitwirken. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß der Anlagen 1 oder 2 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 5.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere betreffend die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL einzubeziehen. Bei Schulungen muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung sowie Datenstelle und deren Aufgaben

§ 18

Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Vertragspartner haben für die DMP die „Arbeitsgemeinschaft DMP Schleswig-Holstein“ nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 19

Gemeinsame Einrichtung

Die Vertragspartner haben für die DMP die „Gemeinsame Einrichtung DMP Schleswig-Holstein“ gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 5 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. den Richtlinien des G-BA,
 5. die Beratung der KVSH im Hinblick auf die Teilnahme und den Ausschluss von Ärzten auf Basis der Anlage 5,
 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 6 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 Anlage 3 verpflichtet sich der teilnehmende Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und spätestens 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 verpflichtet 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 nach § 3 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 an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 24

Datenaufbewahrung

- (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. 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.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

§ 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 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 VIII

Vergütung und Abrechnung

§ 26

Vertragsärztliche Leistungen

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

§ 27

DMP-Leistungen und Abrechnungsbestimmungen

- (1) Die im Rahmen dieses Vertrages abrechenbaren Sondervergütungen sind in Anlage 7 „Abrechnungsvoraussetzungen, Vergütung und Schulungen“ 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 einen laufenden Fall vollständig und plausibel erbrachten und fristgerecht eingegangenen vollständigen Dokumentationen spätestens bis zum Ende des darauffolgenden Quartals. Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen 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, 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 allgemeinen Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 29

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVSH liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten gemäß Formblatt 3 versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 30

Erstattung von Verwaltungskosten

- (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 Absatz 3.
- (2) Kosten für Informationsmaterialien werden von den am Vertrag beteiligten Krankenkassen / -verbänden übernommen. Die Kosten für Informationsveranstaltungen für teilnehmende 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 zum 01.10.2026 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 03.03.2021. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das BAS und die zuständigen Aufsichtsbehörden. Er kann mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL des G-BA nach § 137f 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. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (3) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten über die Beendigung des DMP. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 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 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.

Bad Segeberg, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein

Dortmund, den _____

AOK NordWest - Die Gesundheitskasse
BERND MARCHLOWITZ
UNTERNEHMENSBEREICHSLEITER VERSORGUNG

Hamburg, den _____

BKK-Landesverband NORDWEST

Hamburg, den _____

IKK - Die Innovationskasse.

Hamburg, den _____

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Hamburg

Kiel, den _____

SVLFG als LKK

Kiel, den _____

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung
Schleswig-Holstein