

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

**Koronare Herzkrankheit (KHK)
einschließlich des Moduls chronische Herzinsuffizienz**

auf der Grundlage des § 83 SGB V

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

**dem BKK-Landesverband NORDWEST,
(handelnd für die Betriebskrankenkassen, die dieser Vereinbarung beitreten
sowiezugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd als
Landesverband der landwirtschaftliche Krankenversicherung)**

der Knappschaft

der IKK classic

(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind)

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
 - KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
 - hkk

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

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

**vom 09. Nov. 2005
in der Fassung des 6. Nachtrages vom 26.10.2010**

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs (DMP-koordinierender Arzt) – 1. Versorgungsebene -
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungsbereichs (Facharzt) – 2. Versorgungsebene -
- § 5 Teilnahme des stationären Versorgungssektors
- § 6 Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer
- § 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 9 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

- § 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit und das Modul chronische Herzinsuffizienz

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren
- § 13 Sanktionen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

- § 14 Teilnahmevoraussetzungen
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Information und Einschreibung
- § 17 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 18 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 19 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

§ 20 Leistungserbringer

§ 21 Versicherte

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 22 Datenstelle

§ 23 Erst- und Folgedokumentationen

§ 24 Datenfluss zur Datenstelle

§ 25 Datenzugang

§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 27 Datenfluss

§ 28 Datenzugang

§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 30 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 32 Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

§ 33 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X – Evaluation

§ 34 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 35 Vertragsärztliche Leistungen

§ 36 Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 37 Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 38 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- § 39 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 40 Laufzeit und Kündigung
- § 41 Schriftform
- § 42 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Ärzte“ sind – ggf. anstellende – Vertragsärzte und Vertragsärztinnen im Sinne der §§ 3 und 4.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte i. S. d. §§ 3, 4 und 5, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

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

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 32, 33.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 30, 31.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 22.

„Dokumentationsdaten 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV“ sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV aufgeführten Daten.

PRÄAMBEL

- (1) Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße (KHK) gelten als die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der KHK liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlicher Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung. Neben dem Bluthochdruck ist die koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen.
- (2) Im Rahmen dieser Vereinbarung werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten. Krankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen werden in gesonderten Verträgen in das Behandlungsprogramm eingebunden.
- (3) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gem. § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, mögliche Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und ggf. abzubauen.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziele dieser Vereinbarung sind:
- durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf die Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit koronarer Herzkrankheit (mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz) zu sichern und zu verbessern,

- Verbesserung der Krankheitsbewältigung und Lebensqualität der betroffenen Patienten insbesondere durch individuelle systematische Betreuung, das Festlegen individueller Therapieziele, Information und Schulung,
- darüber hinaus, durch Information die Motivation des Patienten zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.

(2) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Aussagen der RSAV streben die Vertragspartner dieser Vereinbarung folgende Ziele an:

- Reduktion der Sterblichkeit,
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden sowie Hospitalisationen und Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für:

1. Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte sowie qualifizierte Einrichtungen, die in der Region der KVH für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind und nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

- (2) Grundlage dieses Vertrages ist insbesondere die RSAV vom 03.01.1994 in der jeweils aktuellen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137f. i.V. mit § 91 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 40 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV.
- (3) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

Im AOK-System gilt der Vertrag auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb von Hamburg. Die anderen AOKn haben die AOK Rheinland/Hamburg mit der Wahrnehmung, der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten beauftragt und die außerbudgetäre Vergütung anerkannt.

Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORD ihren Beitritt erklären.

Dieser Vertrag gilt auch für außerhamburgische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 35 bis 37 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche oder gesetzliche Vorschriften gelten. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK classic wird gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK classic meldet die beigetretenen Innungskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Nach dem Beitritt gilt dieser Vertrag auch für Versicherte der beigetretenen IKK.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungsbereichs DMP-koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.

- (2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und dies gegenüber der KVH nachweisen:
1. für den hausärztlichen Versorgungssektor zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und
 2. in Ausnahmefällen kann der zugelassene oder ermächtigte kardiologisch qualifizierte Facharzt bei Teilnahme am Programm als § 4-Arzt auch der DMP-koordinierende Arzt gem. Ziffer 1.7.1 der Anlage 5 der RSAV sein, insbesondere für die Versicherten,
 - die bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder
 - bei denen diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt bzw. das anstellende MVZ gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten des nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Arztes (im weiteren als DMP-koordinierender Arzt bezeichnet) gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer

2. die Information, Beratung und Einschreibung in das Programm gem. § 15 sowie Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Einschreibeunterlagen gem. § 16 entsprechend den Abschnitten VII und VIII.
3. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
5. die Beachtung der Überweisungs- und Einweisungsregeln entsprechend Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV,
6. bei Überweisung und Einweisung gem. Nr. 5:
 - therapierrelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierrelevante Informationen einzufordern,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am Programm teilnehmende Krankenhaus nach Anlage 11 vorzunehmen. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.
9. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-8 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderung der RSAV Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungsbereichs (Facharzt der 2. Versorgungsebene)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind zugelassene oder ermächtigte kardiologisch qualifizierte Fachärzte bzw. zugelassene MVZ sowie kardiologisch qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität gem. der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - zu diesem Vertrag erfüllen..
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte bzw. Einrichtungen gehören insbesondere:
 1. die Information und Beratung über das Programm, in den Ausnahmefällen des § 3 Abs. 2 Nr. 2 auch die Aufgaben nach § 3 Abs. 5,
 2. die Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der gem. § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV,

3. die Beachtung der Qualitätsziele gem. § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
4. die Durchführung von Patientenschulungen gem. § 21, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVV entsprechend nachgewiesen ist,
5. die Überweisung und Einweisung gem. Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 und Ziffer 1.6.1 der Anlage 5a der RSAV per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
6. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Nr. 5:
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
7. die Weiterleitung des Versicherten an den DMP-koordinierenden Arzt gem. § 3 Absatz 2 unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen,
8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete, am Programm teilnehmende, Krankenhaus gem. Anlage 11 vorzunehmen und den DMP-koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
9. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.4 der Anlage 5 sowie Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a der RSAV genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.
10. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderung der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahme des stationären Versorgungssektors

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die Teilnahme der Krankenhäuser am DMP ist freiwillig.

Die Krankenkassen stellen sicher, dass die teilnehmenden Krankenhäuser die medizinischen Grundlagen der RSAV beachten und die fachliche Qualifikation (Anlage 4) sowie die Beteiligung an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.

§ 6

Teilnahmeerklärung der Leistungserbringer

- (1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als DMP-koordinierender Arzt gem. § 3 und/oder als Facharzt gem. § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 5 zur Teilnahme am Disease-Management-Programm bereit. Mit der Antragstellung legt der Vertragsarzt dar, dass er die Qualitätsanforderungen gem. Anlage 1 bzw. 2 erfüllt. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage beigefügten Formular (Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVH kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

§ 7

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KVH erteilt den gem. § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden DMP-koordinierenden Ärzten und den gem. § 4 teilnehmenden Fachärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 bzw. Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Durch die KVH erfolgt einmal jährlich eine Überprüfung der Strukturvoraussetzungen. Die Gemeinsame Einrichtung erhält hierüber einen gesonderten Bericht.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

Für teilnehmende Ärzte gem. § 3 und § 4 des Vertrages gilt Folgendes:

1. Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVH bestätigt.
2. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
3. Endet die Teilnahme eines DMP-koordinierenden Arztes oder Facharztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzterverzeichnis gem. § 9 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des Vertragsarztes gem. § 18 vorzunehmen.
4. Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.
5. Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
6. Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt

7. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage „Strukturqualität koordinierender Arzt“ näher bezeichneten Voraussetzung erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 9

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gem. §§ 3 und 4 führt die KVH ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Datenstelle gem. § 22 bei jeder Änderung, mindestens jedoch einmal monatlich und der Gemeinsamen Einrichtung bei Bedarf in elektronischer Form einer Excel-Datei, entsprechend Anlage 10 zur Verfügung.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - Postanschrift der Praxis/Einrichtung,

- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
- (3) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen stationären Einrichtungen gem. § 5 führen die Krankenkassen bzw. deren Verbände ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KVH und der beauftragten Datenstelle nach § 22 mit jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt oder einer Änderung des Institutionskennzeichens in elektronischer Form einer Excel-Datei, entsprechend Anlage 11 "Verzeichnis der teilnehmenden stationären Einrichtungen" unverzüglich zur Verfügung gestellt.
- (4) Die Verzeichnisse gem. Absatz 1 und 3 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung dem BVA bzw. dem Landesprüfdienst zur Verfügung.
- (5) Die Teilnehmerverzeichnisse werden folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KVH,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. grundsätzlich den teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung), durch die Krankenkassen.

Daneben können die Teilnehmerverzeichnisse auch veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm

Koronare Herzkrankheit und das Modul chronische Herzinsuffizienz

Die Anforderungen an die Behandlung nach der Ziffer 1 der Anlagen 5 bzw. 5a zu §§ 28 b bis 28 g der RSAV gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 der

Anlagen 5 bzw. 5a zu §§ 28 b bis 28 g der RSAV unverzüglich über die unmittelbar nach Satz 1 eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 6 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV- Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 9 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

- Einhaltung der Anforderungen gem. § 28 b der RSAV und Anlagen 5/5a der RSAV,
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gem. Ziffer 1.7 der Anlage 5 bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gem. den §§ 3-4 in Verbindung mit den Anlagen 1-3,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gem. der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 5/5a der RSAV sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gem. Anlage 9 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.

- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlagen 5/5a Ziffer 2 der RSAV insbesondere:
- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden DMP-koordinierenden Ärzte gem. § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise der zuständigen Prüfbehörde gegenüber nachgewiesen und - z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse - regelmäßig öffentlich dargelegt.

§ 13

Sanktionen

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn die Partner des zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms geschlossenen Vertrages gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen.
- (2) Verstößt der DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 oder der Facharzt gem. § 4 schuldhaft gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden nachfolgende Sanktionen ergriffen:
1. Keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen, sofern dies nicht nachweislich auf die Datenstelle zurückzuführen ist,

2. Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen).
3. Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVH.
4. Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den in der Gemeinsamen Einrichtung vertretenen Krankenkassen/-verbänden.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 14

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, wenn:
 - die Diagnose Koronare Herzkrankheit gem. Ziffer 1.2 der Anlage 5 der RSAV gesichert ist und die Einschreibekriterien gem. Ziffer 3 der Anlage 5 der RSAV erfüllt sind,
 - der Versicherte grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen fähig und bereit ist und
 - die Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensiverte Betreuung und aktive Mitwirkung des Versicherten zu erwarten ist.
- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Hierzu wird dieser durch den DMP-koordinierenden Arzt und unterstützend durch die jeweilige Krankenkasse informiert. Die Wahl des gleichen DMP-koordinierenden

- (4) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen der RSAV teilnehmen.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 8 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit.

§ 16

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 13 „Patienteninformation“ umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt.
- (2) DMP-koordinierende Ärzte, die gem. § 3 teilnehmen, Fachärzte, die gem. § 4 teilnehmen und stationäre Einrichtungen, die gemäß § 5 teilnehmen, informieren entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV die gem. § 14 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. § 15 bei dem DMP-koordinierenden Arzt einschreiben. Sie informieren zudem über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz. Die Teilnahme an einem Modul chronische Herzinsuffizienz ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK. Der DMP-koordinierende Arzt stellt die

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gem. § 15 folgende Unterlagen notwendig:

1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV durch den DMP-koordinierenden Arzt,
2. auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der DMP-koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP-koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV an die Datenstelle entsprechend § 24 weiterleitet.

Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte im Programm nur durch einen DMP-koordinierenden Arzt betreut wird.

(5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am Behandlungsprogramm erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen gem. Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.

(6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 der Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

- (7) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
- (8) Soweit ein am Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die gem. Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 17

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Absatz 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gem. § 16 Absatz 6.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und die Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen. Sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, scheidet er mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet im Übrigen mit dem Tag:
- a) des Endes der Programmzulassung,
 - b) des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
 - c) des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
 - d) der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt,
 - e) der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten zwei der nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV veranlassten Schulungen ohne plausible Erklärung nicht wahrgenommen hat oder

- f) der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den DMP-koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.
- (5) Endet eine Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz, hat dies keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK.
- (6) Endet eine Teilnahme am DMP KHK, endet auch die Teilnahme am Modul chronische Herzinsuffizienz.

§ 18

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-koordinierenden Arzt gem. § 3 zu wechseln. Der neu gewählte DMP-koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gem. § 22. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige DMP-koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten dem neu gewählten DMP-koordinierenden Arzt alle therapierelevanten Krankenunterlagen.

§ 19

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversicherungs-Nummern für die gem. § 15 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI – Schulungen

§ 20

Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer umfassend über Ziele, Inhalte und evidenzbasierte Grundlagen des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit und des Moduls chronische Herzinsuffizienz.
- (2) Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gem. § 6.
- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gem. Anlagen 5/5a der RSAV einbezogen werden.
- (4) Schulungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer gem. §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Auf Schulungsinhalte, die der RSAV widersprechen, muss verzichtet werden.
- (5) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 21

Versicherte

- (1) Die Krankenkassen informieren bei der Einschreibung ihre Versicherten anhand der Anlage 13 umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie durch eine Liste der beteiligten Leistungserbringer. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Im übrigen haben sie schulungsersetzende, kassen-spezifische Patienteninformationen vorzuhalten, die die Patienten bei Bedarf anfordern können. Die teilnehmenden Krankenkassen verpflichten sich zur Rücksichtnahme auf das Arzt-Patienten-Verhältnis.
- (2) Unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen erhält jeder teilnehmende Versicherte Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm, das sich an internationalen Standards orientiert (siehe Anlage 12), soweit er nicht in den letzten zwei Jahren eine gleichartige Schulung erhalten hat. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß der Anlagen 5/5a der RSAV einzubeziehen. Der mit der Schulung beauftragte Leistungserbringer (Anlage 3) ist verpflichtet, auf die gem. der Anlagen 5/5a der RSAV vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen.
- (4) Als Schulungsprogramme werden die in Anlage 12 beschriebenen Schulungen angeboten. Bei den Schulungen muss auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII –

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 22

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft (§ 30) werden eine Datenstelle mit den in den Absätzen 2 bis 6 genannten Aufgaben beauftragen.
- (2) Der Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung (Anlage 5) den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit den in Absatz 6 genannten Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt nach § 31 Absatz 2 die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisierten Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KVH.
- (4) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 - Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,

- Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.
- (5) Das Nähere zu den Absätzen 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen gem. § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.
- (6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des Vertragsarztes gem. § 3 beinhaltet die Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV an die Arbeitsgemeinschaft und
 - die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (7) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem Vertragsarzt gem. § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung gem. § 28b RSAV, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung gem. § 28c RSAV, die Überprüfung der Einschreibung gem. § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer gem. § 28e RSAV und die Evaluation gem. § 28g RSAV genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der DMP-koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach den Anlagen 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV entsprechend der Ausprägung des jeweiligen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 24

Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 6 verpflichtet sich der gem. § 3 teilnehmende DMP-koordinierende Arzt

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen zehn Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-ROM, Diskette) oder per Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten binnen zehn Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Außerdem erhält der Arzt von der Datenstelle eine Versandliste mit den von ihm bisher im Dokumentationsquartal eingereichten, vollständigen und plausiblen Dokumentationen. Die Einzelheiten zum Versandlistenverfahren werden im Datenstellenvertrag geregelt.

Der DMP-koordinierende Arzt gem. § 3 vergibt für jeden Versicherten eine DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Die patientenbezogene Fallnummer darf jeweils vom Arzt nur einmal vergeben werden. Bei Arztwechsel erhält der Patient eine neue DMP-Fallnummer von seinem neuen Arzt.

(2) Die Versicherten willigen mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten von ihrem DMP-koordinierenden Arzt einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 25

Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 22 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 26

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des DMP-koordinierenden Arztes nach § 3 übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVH und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente des Datensatzes gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV sieben Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr und vernichtet diese nach Ablauf dieser Frist.

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

§ 27

Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Einschreibung gem. § 16 die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse. Die Datenstelle übermittelt ferner die Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV an die jeweilige Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.

- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVH.

§ 28

Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVH und an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 29

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist gelöscht.

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 30

Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V. Sofern bereits eine Arbeitsgemeinschaft gem. § 219 SGB V im Rahmen der Durchführung

strukturierter Behandlungsprogramme gebildet wurde, kann ihr Aufgabenbereich entsprechend erweitert werden. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 31

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gem. Anlage 9 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 22 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgabe. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgabe kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 32

Bildung bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Sofern nach Maßgabe der RSAV im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV gebildet wurde, kann ihr Aufgabenbereich entsprechend erweitert werden. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung gem. § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 33

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gem. Anlage 9 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gem. RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gem. § 28g RSAV,
 5. die Sicherstellung des Zugriffs aller Vertragspartner auf den Datenbestand der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit der Durchführung der in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt X – Evaluation

§ 34

Evaluation

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes. Für die gem. Anlage 1 Ziffer 5 der RSAV vorgesehene

Stichproben-Befragung werden die Krankenkassen ein Adressmittlungsverfahren vorsehen.

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 35

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt nach Maßgabe des EBM und ist mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

§ 36

Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

- (1) Die Abrechnung der im folgenden beschriebenen Leistungen bedürfen der Genehmigung durch die KVH. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gem. Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte gem. § 3	25,- €	95500
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3	15,- €	95501
Differenzierte Therapieplanung auf Basis einer	10,- €	95502

individuellen Risiko-Abschätzung mindestens nach Alter, Geschlecht, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörung, Hypertonie, linksventrikuläre Funktionstörung, Rauchen und genetische Disposition (Punkt 1.4 der Anlage 5 der RSAV) durch Vertragsärzte gem. § 3; 1x im Kalenderjahr		
Erweiterte Diagnostik und Risiko-Stratifizierung durch Vertragsärzte nach § 4 im Rahmen der differenzierten Therapieplanung auf Basis einer individuellen Risiko-Abschätzung auf Überweisung durch den koordinierenden Vertragsarzt 1x im Kalenderjahr	25,- €	95503

(3) Bei einer quartalsmäßigen Dokumentation ist pro Kalenderquartal eine Dokumentation zu erstellen. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden Quartals.

Bei einer Dokumentationserstellung jedes zweite Quartal ist in jedem zweiten Quartal eine Dokumentation zu erstellen. Das Dokumentationsintervall endet mit Ablauf des letzten Tages des auf die letzte Dokumentation folgenden übernächsten Quartals.

Pro Versicherten und Dokumentationsintervall wird höchstens eine Dokumentation vergütet.

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird auf die Anlage 14 verwiesen.

(4) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine zusätzliche Abrechnung nach EBM im Zusammenhang mit Einschreibung, vollständiger Dokumentation, Portokosten sowie Sachkosten für Datenträger bei elektronischer Dokumentation aus.

(5) Die gem. Anlage 12 zugelassenen Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte gem. §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht und abgerechnet werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen (Anlage 3) im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen und eine Genehmigung zur Schulung von der

KVH erhalten haben. Medias 2 Schulungen, Schulungen zur intensivierten Insulintherapie ("ICT-Schulungen") und Schulungen für Patienten, die Normalinsulin spritzen ("Grüßer, Röger, Jörgens") dürfen nur von Diabetologischen Schwerpunktpraxen¹ durchgeführt werden, die eine Schulungsgenehmigung im Rahmen des DMP Diabetes Typ 2 Vertrages besitzen. Der KVH sind entsprechende Nachweise der Ärzte bzw. des nichtärztlichen Personals vorzulegen.

Ärzte gem. §§ 3 und 4 sowie Diabetologische Schwerpunktpraxen, können Schulungsgemeinschaften errichten. Es sind die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung entsprechend der Vorgaben der KVH zu beachten. Die KVH erteilt Schulungsgemeinschaften nach Antragstellung unter der Voraussetzung vorhandener Strukturqualität eine Genehmigung.

Die in Anlage 12 aufgeführten Schulungsmaßnahmen werden nach den dort genannten Sätzen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Dies gilt gleichermaßen für die in Anlage 12 genannten Kostenpauschalen für Schulungsmaterial.

Jede Unterrichtseinheit entspricht 90 Minuten. Die jeweilige strukturierte Schulungsmaßnahme ist je Patient nur einmal berechnungsfähig. Nachschulungen bedürfen der Begründung und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse.

Angehörige von DMP-Teilnehmern können kostenfrei an geeigneten Schulungen teilnehmen.

- (6) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt wird. Die Krankenkassen erhalten je Quartal von der KVH einen versicherten- und arztbezogenen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

¹ Diabetologische Schwerpunktpraxen sind solche, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 3 des Vertrages über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern (DMP Vertrag Diabetes mellitus Typ 2) in Hamburg erfüllen.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 37

Kosten zur Durchführung des Vertrages

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV entstehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.
- (2) Kosten der leistungserbringerbezogenen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte; dies gilt insbesondere für die Kosten der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen der Anlagen 1 und 2.
- (3) Kosten, die durch die nach diesem Vertrag notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand und die sonstigen Informationen.
- (4) Kosten für die nach diesem Vertrag vorgesehenen Vordrucke und dazugehörigen Ausfüllhilfen übernehmen die Krankenkassen. Den Versand und die Verteilung übernimmt die KVH.
- (5) Kosten im Zusammenhang mit der Erreichung der Qualitätsvoraussetzungen gem. §§ 3 und 4 zur Teilnahme an diesem strukturierten Behandlungsprogramm werden nicht von den Krankenkassen getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Durchführung von Fortbildungen, Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln, die sich im Rahmen der ärztlichen Qualitätssicherung ergeben.
- (6) Die Kostenverteilung auf die Krankenkassen entsprechend der Absätze 1 bis 4 erfolgt grundsätzlich nach Anzahl der eingeschriebenen Versicherten im Programm am 01.07. des Jahres nach der amtlichen Statistik KM 6 Teil II Pkt. 1 - eingeschriebene Versicherte. Aus sachlichen Gründen kann davon abgewichen werden. Die Vertragspartner auf Krankenkassenseite einigen sich auf ein einheitliches Verfahren zur stichtagsbezogenen Feststellung der eingeschriebenen Versicherten.
- (7) Eine vorläufige Aufteilung der Kosten kann als Abschlag nach Aufteilung der Versicherten der beigetretenen Krankenkassen nach der aktuellen amtlichen

§ 38

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.
- (2) Die DMP-koordinierenden Ärzte gem. § 3 und die Fachärzte gem. § 4 verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 39

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KVH liefert gem. § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kas senärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaus- tausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 40

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.02.2006 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Eines Kündigungsgrundes bedarf es nicht.
- (3) Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Quartalsende.
- (4) Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Im Falle der Kündigung durch oder gegenüber einzelnen Krankenkassen gilt der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern weiter.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden RSA-ÄndV, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen des § 28b Abs. 3 RSAV sind hierbei einzuhalten.
- (6) Bei einer Wiedenzulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

§ 41

Schriftform

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

§ 42

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen 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. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlagen

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2**
- Anlage 2 Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 4**
- Anlage 3 Strukturqualität für Schulungsärzte**
- Anlage 4 Strukturqualität für Krankenhäuser**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung Vertragsärzte und weitere Leistungserbringer**
- Anlage 5a Ergänzungserklärung Leistungserbringer**
- Anlage 6 unbesetzt**
- Anlage 7a Dokumentationsdaten nach Anlage 2 RSAV**
- Anlage 7b Dokumentationsdaten nach Anlage 6 RSAV**
- Anlage 8 indikationsspezifische und indikationsübergreifende Teilnahme-
und Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation
Versicherte**
- Anlage 9 Qualitätssicherung**
- Anlage 10 Vertragsärzteverzeichnis**
- Anlage 11 Verzeichnis der teilnehmenden stationären Einrichtungen**
- Anlage 12 Patientenschulung**
- Anlage 13 indikationsspezifische und indikationsübergreifende
Patienteninformation**
- Anlage 14 Dokumentationsfrequenzen**