

**Vertrag  
nach § 73a SGB V**

**zwischen**

der **AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,**

dem **BKK - Landesverband NORD,**

(handelnd für die Betriebskrankenkassen,

die dieser Vereinbarung beitreten;

zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau),

der **Knappschaft,**

der **IKK Hamburg**

(zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen,

die dieser Vereinbarung beitreten),

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen in Hamburg**

- Barmer Ersatzkasse (BARMER), Wuppertal
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hamburg
  - Techniker Krankenkasse (TK), Hamburg
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH (KKH), Hannover
  - Gmünder ErsatzKasse (GEK), Schwäbisch Gmünd
  - HEK - Hanseatische Krankenkasse (HEK), Hamburg
- Hamburg Münchener Krankenkasse (Hamburg Münchener), Hamburg
  - hkk, Bremen

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg (VdAK),

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Hamburg

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V Asthma sowie COPD in der Fassung des 3. Nachtrags vom 01.11.2008 mit Wirkung ab 01.10.2008

Inhaltsverzeichnis

**ERLÄUTERUNGEN**

**ANLAGENÜBERSICHT**

**PRÄAMBEL**

**ABSCHNITT I ZIELE, GELTUNGSBEREICH**

**§ 1 Ziele der Vereinbarung**

**§ 2 Geltungsbereich**

**ABSCHNITT II TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER**

**§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen  
Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)**

**§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten  
Versorgungssektors**

**§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

**§ 6 Teilnahmeerklärung**

**§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

**§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte**

**§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer**

**ABSCHNITT III VERSORGUNGSINHALTE**

**§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma  
bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD**

## **ABSCHNITT IV QUALITÄTSSICHERUNG**

- § 11 Grundlagen und Ziele**
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren**
- § 13 Durchführung der Qualitätssicherung**
- § 14 Fortbildung und Schulung der Vertragsärzte**
- § 15 Sanktionen**

## **ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN**

- § 16 Teilnahmevoraussetzungen**
- § 17 Information und Einschreibung**
- § 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**
- § 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten**
- § 20 Wechsel des koordinierenden Arztes**
- § 21 Versichertenverzeichnis**
- § 22 Information und Schulung der Versicherten**

## **ABSCHNITT VI ARBEITSGEMEINSCHAFT / DATENSTELLE / GEMEINSAME EINRICHTUNG**

- § 23 Arbeitsgemeinschaft**
- § 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**
- § 25 Datenstelle**
- § 26 Gemeinsame Einrichtung**
- § 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

## **ABSCHNITT VII DATENFLUSS UND DATENVERWENDUNG**

**§ 28 Erst- und Folgedokumentation**

**§ 29 Datenzugang**

**§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung**

## **ABSCHNITT VIII EVALUATION**

**§ 31 Evaluation**

## **ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG**

**§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen**

**§ 33 Vergütung der Schulungen**

## **ABSCHNITT X SONSTIGE BESTIMMUNGEN**

**§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

**§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages**

**§ 35 Laufzeit und Kündigung**

**§ 36 Schriftform**

**§ 37 Salvatorische Klausel**

## Erläuterungen

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

Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„Ärzte“ sind -- ggf. anstellende –Vertragsärzte und Vertragsärztinnen i. S. d. §§ 3 und 4,

„Anstellender Vertragsarzt“ 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. §§ 26, 27.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 23, 24.

Datenstelle ist eine solche i. S. d. § 25.

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 RSAV i. V. m. Anlage 10 oder 12 RSAV“ sind die in den Anlagen 2, 10 und 12 der RSAV aufgeführten Daten.

„Leistungserbringer“ sind Ärzte, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

## Anlagenübersicht

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

- Anlage 1a Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) Asthma
- Anlage 1b Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 3 (koordinierender Arzt) COPD
- Anlage 2a Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 Asthma
- Anlage 2b Strukturvoraussetzungen für Vertragsärzte nach § 4 COPD
- Anlage 3a unbesetzt (Verträge mit Krankenhäusern)
- Anlage 3b unbesetzt (Vertrag mit einer Rehabilitationseinrichtung)
- Anlage 4 Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes
- Anlage 4a Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 5a Versorgungsinhalte Asthma bronchiale (wortwörtliche Übernahme aus der Anlage 9 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Anlage 5b Versorgungsinhalte COPD (wortwörtliche Übernahme aus der Anlage 11 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung)
- Anlage 6a Qualitätssicherung Asthma bronchiale in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
- Anlage 6b Qualitätssicherung COPD der RSAV in der jeweils gültigen Fassung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)
- Anlage 7a Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
- Anlage 7b Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)
- Anlage 8 indikationsübergreifende Dokumentation gemäß Anlage 2 RSAV
- Anlage 9a Dokumentation Asthma bronchiale
- Anlage 9b Dokumentation COPD
- Anlage 10a Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 10b Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
- Anlage 11a Schulungsprogramme Asthma
- Anlage 11b Schulungsprogramme COPD

## **Präambel**

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag zur Durchführung von Disease-Management-Programmen für Versicherte mit Asthma bronchiale und COPD.

Beide Erkrankungen fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung.

Für beide Erkrankungen wird eine Häufigkeit von 10-20% der erwachsenen Population angenommen, mit einer Überschneidung auf Grund der diagnostischen Unschärfe. Für Deutschland kann daher von ca. 15 Mio. Asthma- sowie COPD-Erkrankten ausgegangen werden.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei den chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren, z.B. durch eine Aufgabe des Rauchens, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD gemeinsam in einem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma teilnehmen und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, kenntlich gemacht sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen.

Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in Abschnitt IV und den Anlagen 6a bis 6d beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet. Gleichzeitig wird der Qualitätssicherungsauftrag der KVH erfüllt.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1 Ziele der Vereinbarung**

(1) Ziel der Vereinbarung ist u.a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms Asthma bronchiale und COPD in der Region der KVH. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 10 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe.

(2) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung (im Folgenden RSAV genannt) festgelegt. Entsprechend der Anlage 5a und der Anlage 5b streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

##### 1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit,
- unerwünschten Wirkungen der Therapie,
- bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,
- Reduktion der Asthma- bzw. COPD-bedingten Letalität.

#### **§ 2 Geltungsbereich**

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Region der KVH, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme er-

- die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

(2) Es gelten des Weiteren folgende Regelungen für die jeweilige Kassenart:

1. 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.

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

3. Dieser Vertrag gilt auch für außerhamburgische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK Hamburg erklären und die Vergütungen gemäß §§ 32 bis 34a anerkennen. Mit der Beitrittserklärung gegenüber der IKK Hamburg wird bzw. wurde gleichzeitig der Vertragsbeitritt gegenüber der KVH erklärt. Die IKK Hamburg 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.

(3) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 9 und 11 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10/12 RSAV. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen zu erfolgen.

## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Leistungserbringer**

#### **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt)**

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

(2) Teilnahmeberechtigt sind MVZ und Vertragsärzte (insbesondere für Asthma bronchiale: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin), die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) und/

(2a) 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 Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV H nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b erfüllt sind.

(4) In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale bzw. COPD einen nach § 4 teilnehmenden Vertragsarzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a und 5b sind von dem gewählten Vertragsarzt zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

(5) Sofern der qualifizierte Facharzt die Funktion des koordinierenden Arztes übernimmt, erfüllt er im Rahmen der DMP-Indikationen Asthma und/ oder COPD auch sämtliche Aufgaben eines koordinierenden Arztes.

(6) Zu den Pflichten der in Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im folgenden Koordinierender Arzt) gehören insbesondere:

1. die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.6 der Anlage 5a und Punkt 1.6 der Anlage 5b,

2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 17 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation unter Be-

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 gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
5. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlagen 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2a und/ oder 2b „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmenden Leistungserbringern erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
7. bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
8. die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.6.4 der Anlage 5a bzw. 5b.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

#### **§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors**

- (1) Die Beteiligung der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes nach § 3 tätig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b

(2a) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(2b) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVH nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVH vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) beigefügten Formulars mitgeteilt.

(3) Die gleichzeitige Teilnahme von MVZ und Vertragsärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.

(4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittetherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a bzw. 5b. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,

6. bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,

7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5a bzw. 5b genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,

8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer oder Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Vertragsarzt, gelten die Ziffern 1 – 8 entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

## **§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen**

Die Krankenkassen binden zugelassene Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vertraglich ein. Einzelheiten sind durch gesonderte Verträge geregelt.

## **§ 6 Teilnahmeerklärung**

(1) Der Vertragsarzt erklärt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 oder als pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVH schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 seine Teilnahme am Disease-Management-Programm Asthma und/oder COPD. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Leistungserbringer) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes 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.

(3) Als koordinierender Arzt genehmigt er mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung von der Arbeitsgemeinschaft Hamburg ohne Vollmacht in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg die Datenstelle wechseln möchte, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

## **§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

Die KVH erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnehmenden Vertragsärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1a/ 1b oder Anlage 2a/ 2b genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

## **§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte**

(1) Die Teilnahme eines Vertragsarztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, 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 (Zugang bei der KVH) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

(3) Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4 oder durch Beschluss nach § 15 Abs. 2, so ist dieser Vertragsarzt von diesem Vertrag durch die KVH auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Vertragsärzte aufmerksam machen.

(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 KVH informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(6) Hat der Vertragsarzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 5 für beide Indikationen jeweils gesondert.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme die-

ser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage beigefügten Formular 4a (Ergänzungserklärung Leistungserbringer).

(8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a/b „Strukturqualität für Vertragsärzte nach § 3 Absatz 2“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

## **§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer**

(1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH jeweils für Asthma und COPD 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 Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und bei Änderungen und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend Anlage 7a und 7b zur Verfügung.

(1a) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung
- Arzt- und Betriebsstättennummer (sobald die Richtlinie nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern in Kraft tritt) und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

(2) Die Verbände der Krankenkassen führen jeweils für Asthma und COPD ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden zudem der KVH zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.

(3) Die Teilnehmergeverzeichnisse werden außerdem

1. den teilnehmenden Krankenhäusern,

2. den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen,
3. auf Wunsch den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der und durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
4. der gemeinsamen Datenstelle nach § 25 von der KVH regelmäßig zur Verfügung gestellt.

(4) Die Teilnehmersverzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Akkreditierung und nachfolgend dem BVA bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

(5) Die Teilnehmersverzeichnisse können veröffentlicht werden. Hierzu holt die KVH eine datenschutzrechtlich ausreichende Einwilligung bei den betroffenen Ärzten ein.

### **Abschnitt III Versorgungsinhalte**

#### **§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD**

(1) Die Medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale sind in der Anlage 5a definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere, mindestens 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.

(2) Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm COPD sind in der Anlage 5b definiert und damit Bestandteil dieses Vertrages. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere, mindestens 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.

(3) Die Vertragsärzte werden von der KVH über Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlungen gemäß Anlage 9 und/oder 11 der RSAV informiert.

### **Abschnitt IV**

## Qualitätssicherung

### § 11 Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in den Anlagen 6a und 6b relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach den Anlagen 5a und/ oder 5b Ziffer 1.6.,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1a, 1b oder 2a, 2b,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10/12 RSAV,
- aktive Teilnahme des Versicherten.

### § 12 Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 5a und 5b sind im Rahmen dieser Disease-Management-Programme Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b, zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte 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) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend den Anlagen 6a und 6b werden die Krankenkassen den Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung ein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht erfolgt.

(4) Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und Leistungsdaten der Krankenkassen und den Abrechnungsdaten der KVH ergeben.

### **§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung**

(1) Gemäß der in den Anlagen 6a und 6b, festgelegten Qualitätsziele, der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösealgorithmen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen von den im folgenden genannten Institutionen durchzuführen.

(2) Die Datenstelle gemäß § 25 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder unplausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden koordinierenden Ärzten.

(3) Die KVH

- überprüft die Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte;
- unterstützt die mindestens einmal jährlich stattfindenden strukturierten DMP-Qualitätszirkel der teilnehmenden Vertragsärzte;
- berichtet der gemeinsamen Einrichtung nach § 26 über die Ergebnisse der Qualitätssicherung.

(4) Die Krankenkassen

informieren anlassbezogen und individuell entsprechend der in den Anlagen 6b und 6d beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ihre eingeschriebenen Versicherten.

(5) Die Gemeinsame Einrichtung

- wertet die ihr gemäß § 25 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Kriterien arztbezogen aus und übermittelt den teilnehmenden Vertragsärzten dazu regelmäßig strukturierte Berichte über die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten. Die Berichte unterstützen die teilnehmenden Vertragsärzte auch hinsichtlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- wertet die Berichte der KVH aus und entwickelt Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.

(6) Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise, z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder Fachpresse, regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

## **§ 14 Fortbildung und Schulung der Vertragsärzte**

(1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVH informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieser Disease-Management-Programme Asthma bzw. COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.

(2) Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß §§ 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. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert nach Beratung mit der gemeinsamen Einrichtung nach § 26 die über die in den Anlagen 1a/ 1b sowie 2a/ 2b hinausgehenden Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung/DMP-Qualitätszirkel teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVH nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.

(4) 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.

## **§ 15 Sanktionen**

(1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogrammes werden wirksame Sanktionen vereinbart, die dann greifen, wenn einer der teilnehmenden Ärzte gegen die zur Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms vereinbarten Anforderungen verstößt.

(2) Verstößt der teilnehmende Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen. Der Gemeinsamen Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.

- Keine Vergütung, bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für Dokumentationen, die trotz Aufforderung der Datenstelle unvollständig oder unplausibel bleiben,
- Aufforderung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. mit Auflagen- (z. B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen oder bei Nichterfüllung der medizinischen Anforderungen),
- Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung,
- Über den Ausschluss eines Vertragsarztes erteilt die KVH einen rechtsmittelfähigen Bescheid.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

#### **§ 16 Teilnahmevoraussetzungen**

(1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

##### 1. Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale:

- die Diagnose des Asthma bronchiale gemäß Anlage 5a Ziffer 1.2 gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 5a Ziffer 3.2 erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ih-

- für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Teilnahmeerklärung durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5a Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 der Anlage 5a genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

## 2. Teilnahme am Programm zu COPD:

- die Diagnose COPD gemäß Anlage 5b Ziffer 1.2 gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 5b Ziffer 3.2 erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 5b Ziffer 1.3 genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

(2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.

(3) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

## § 17 Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 RSAV, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5a und/ oder 5b Ziffer 3.1 bis 3.2 informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(2) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 1 RSAV ihre nach § 16 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm Asthma bzw. COPD sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 folgende Unterlagen notwendig:

- die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 10 a/b sowie die vollständige Erstdokumentation plausibel und fristgerecht gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV an die Datenstelle entsprechend § 28 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt daraufhin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.

(5) Der Versicherte kann sich auch bei den Krankenkassen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter der Angabe des Eintrittsdatums.

(7) Soweit einer an diesen Disease-Management-Programmen teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Pro-

## **§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlagen 10a/ 10b zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit. Der Versicherte ist schriftlich entsprechend § 28f Abs. 2 Nr. 3 RSAV über die übermittelten Daten zu informieren.

## **§ 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten**

(1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 erstellt wurde.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung aus dem Programm aus.

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet

- mit dem Tag des Endes der Programmmzulassung,
- mit dem Tag des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
- mit dem Tag des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
- mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
- mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28 f Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind und
- mit dem Tag des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

(4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.

(5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den koordinierenden Arzt und die Datenstelle unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

## **§ 20 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 § 17 und sendet diese entsprechend § 28 an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechende bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.

(2) Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

## **§ 21 Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVH bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

## **§ 22 Information und Schulung der Versicherten**

(1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten insbesondere mit der Anlage 10a/10b „Patienteninformation“ umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

(2) Jeder teilnehmender Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm nach Anlage 11a oder 11b. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

(3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einzubeziehen.

(4) Im Rahmen der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD werden folgende und in Anlage 11a und 11b beschriebenen Schu-

- Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.,
- Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker),
- das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE, eine Umbenennung von COBRA).

Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese gegenüber dem BVA der Nachweis entsprechend Absatz 3 Satz 1 erbracht wurde.

Die Schulungsprogramme betreffend, sind die medizinischen Inhalte der RSAV insbesondere der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV widersprechen verzichtet werden.

## **Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 23 Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

### **§ 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28 f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVH und die nach § 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 25 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

### **§ 25 Datenstelle**

(1) Die vertragschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen gemeinsam eine Datenstelle.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:

- Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) und Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
- Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b),
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die KVH,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b) mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26.

(3) Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

- der Entgegennahme, Prüfung auf Vollständigkeit und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,
- Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten (Anlage 8 und 9a, 9b),
- Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
- der Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) entsprechend gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV an die jeweilige Krankenkasse.

(4) Die Datenstelle kann im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 weitere Aufgaben übernehmen.

(5) Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

(6) Der koordinierende Arzt nach § 3 genehmigt den in seinem Namen mit den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Der koordinierende Arzt beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständig-

2. Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
3. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV an die Arbeitsgemeinschaft und die Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse,
4. seine Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von ihm an die Datenstelle übertragenen Aufgaben überträgt er an die KVH,
5. die KVH teilt den koordinierenden Ärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der beauftragten Datenstelle mit.

## **§ 26 Gemeinsame Einrichtung**

Die Mitglieder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

## **§ 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlagen 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV ,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittetherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV,
- die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. 12 RSAV,
- die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV und
- die Beratung der KVH und der Vertragspartner im Hinblick auf den Ausschluss der koordinierenden Ärzte nach § 15.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle nach § 25 mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in

## **Abschnitt VII Datenfluss und Datenverwendung**

### **§ 28 Erst- und Folgedokumentation**

(1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die Daten nach den Anlagen 8 und 9a, 9b und werden für die Durchführung der in den §§ 28b bis 28g RSAV genannten Maßnahmen genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

(2) Dokumentationen nach den Anlagen 8 und 9a, 9b werden unter Berücksichtigung der empfohlenen Dokumentationsfrequenzen auf elektronischem Weg per Datenträger (CD-Rom, Diskette) oder Datenfernübertragung (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) erstellt und binnen 10 Kalendertagen nach Befunderhebung – bei Erstdokumentation zusammen mit der Anlage 10a/b dieses Vertrages - an die Datenstelle nach § 25 versandt.

### **§ 29 Datenzugang**

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

### **§ 30 Datenaufbewahrung und -löschung**

(1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den teilnehmenden koordinierenden Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten der Anlagen 8 und 9a, 9b) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVH und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle gelöscht. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente sieben Jahre, beginnend mit dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Die Originaldokumente werden nach Ablauf dieser Frist von der Datenstelle vernichtet.

(2) Die im Rahmen des Disease-Management-Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KVH und der Gemeinsamen Einrichtung sieben Jahre, beginnend mit

## **Abschnitt VIII Evaluation**

### **§ 31 Evaluation**

(1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sicher gestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen evaluierenden Instituten von den Krankenkassen und der (von den Auftraggebern, der Gemeinsame Einrichtung sowie der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V) beauftragten Datenstelle gemäß Datenstellenvertrag in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

(3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVH gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und die Daten aus der Erhebung der Lebensqualität.

## **Abschnitt IX Vergütung und Abrechnung**

### **§ 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen**

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der jeweiligen Vereinbarung zur budgetierten Gesamtvergütung zwischen Krankenkassen und KVH abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(2) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen (Anlagen 8 und 9a, 9b) und fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Asthma bronchiale:

Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3	25,00 EUR	99425
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen ggf. einschl. Beratung durch Vertragsärzte nach § 3	15,00 EUR	99426

COPD:

Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3	25,00 EUR	99427
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen ggf. einschl. Beratung durch Vertragsärzte nach § 3	15,00 EUR	99428

Asthma/COPD

<p>Betreuungspauschale für koordinierende Vertragsärzte gem. § 3 :</p> <p>Differenzierte Therapieplanung: individuelle Risiko-Abschätzung und gemeinsame Festlegung von individuellen Therapiezielen mit dem Patienten sowie</p> <p>Instruktion: Erarbeitung von Maßnahmen zum Selbstmanagement (Peakflow- Notfallplan) und die regelmäßige Überprüfung und praktische Einübung der korrekten Inhalationstechnik</p> <p>nach Nr. 1.4 und 1.5 der Anlagen 5a/b</p> <p>1x pro Dokumentationszeitraum</p>	<p>7,50 EUR</p>	<p>99429</p>
<p>Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4:</p> <p>notwendige Abklärung der Einschreibevoraussetzungen gem. des Vertrages bei unklarem Befund über das Vorliegen von Asthma oder COPD bei Patienten, bei denen die Erkrankung nicht eindeutig durch den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3-Arzt) diagnostiziert wurde und/oder</p> <p>Mitbehandlung auf Grund eines gezielten Überweisungsauftrages des koordinierenden Hausarztes mit konkreter Fragestellung (siehe Anlage 5a/b 1.6.2.)</p> <p>max. 2 x pro Kalenderjahr</p> <p>[die Erbringung der Leistung erfolgt auf Überweisung des koordinierenden Vertragsarztes gem. § 3 des Vertrages. Soweit Vertragsärzte bei einem Patienten sowohl die koordinierende Funktion gem. §3 als auch die Funktion nach §4 übernehmen, sind die Pauschalen nach 99429 und 99430 im Behandlungsfall nicht nebeneinander abrechenbar]</p>	<p>25,00 EUR</p>	<p>99430</p>

Diese Vergütungen gelten vorbehaltlich Absatz 3 nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Asthma bronchiale oder DMP COPD entschließt. Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.a. Leistungen sind in den o.g. Vergütungen enthalten.

(3) Die Vergütung für die Erstdokumentation Asthma oder COPD (GOP-Nr. 99425 oder 99427) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Die Folgedokumentation Asthma oder COPD (GOP-Nr. 99426 oder 99428) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

### **§ 33 Vergütung der Schulungen**

(1) Schulungsprogramme gemäß § 22 können von Vertragsärzten nach §§ 3 und 4 erbracht werden.

(2) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KVH. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesen Behandlungsprogrammen.

(3) Schulungsgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten gemäß §§ 3 und 4, welche dem Zweck dienen, Patientenschulungen gemäß § 22 regelmäßig in derselben gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen. An Schulungsmaßnahmen von Schulungsgemeinschaften können nur Patienten von Vertragsärzten teilnehmen, die Mitglied der Schulungsgemeinschaften sind. Der Vertragsarzt, für dessen Patienten diese Schulung erbracht wurde, rechnet die Schulung gemäß Abs. 4 gegenüber der KVH ab. Der Vertragsarzt muss auch die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen.

(4) Die Schulungen gemäß Anlage 11a und 11b werden - soweit sie nicht von gewerblichen Schulungszentren erbracht werden - wie folgt vergütet.

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Einheit	KV-interne Abr.-Nr
Für Kinder: AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.	Optimal 7 Kinder/Jugendliche und deren Eltern	30 UE a 45 Min.  (18 Einheiten je für Kinder/Jugendliche, 12 Einheiten je für die Eltern)	20,00	99431
Nachschulungen (frühestens 6 Monate nach der Grundschulung, max. 5 Einheiten pro Person und Jahr abrechnungsfähig)		Mind. 45 Minuten	20,00	99432
Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (NASA)	Optimal 10	6 UE je 60 Minuten	22,50	99433
Nachschulungen NASA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50	99434
Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)	Optimal 10	6 UE je 60 Minuten	22,50	99435
Nachschulungen COBRA (frühestens nach 1 Jahr, max. 1x im Jahr abrechnungsfähig)	Optimal 10	Mind. 45 Minuten	22,50	99436

Kosten für das Schulungsmaterial (Verbrauchsmaterial)			9,50	99437
Nicht bei Nachschulungen abrechenbar				

(5) Die Vergütung der Schulung erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

(6) Die Vertragspartner beobachten die Preisentwicklung des Schulungsmaterials und werden sich über ggf. erforderliche Anpassungen verständigen.

(7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und/oder geistig schulungsfähig sind sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.

(8) Die KVH sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden.

## **Abschnitt X Sonstige Bestimmungen**

### **§ 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen**

(1) Die KVH liefert gemäß § 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.

(2) Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 34a Kosten zur Durchführung des Vertrages**

(1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung der Datensätze gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 RSAV stehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.

(2) Kosten der arztseitigen Qualitätssicherung in der Gemeinsamen Einrichtung tragen Krankenkassen und die KVH je zur Hälfte.

(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 gemäß Abschnitt II dieses Vertrages 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 5 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 Statistik KM 6 erfolgen.

(8) Sollte durch die Aufsichtsprüfung die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten nachträglich bei einer Krankenkasse geändert werden, so erfolgt keine rückwirkende Neuberechnung und –belastung der Kosten.

## **§ 35 Laufzeit und Kündigung**

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2007 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.

(5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden RSAV Änd.VO, einer Empfehlung des Gemeinsamen

(6) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gilt dieser Vertrag, unter Berücksichtigung von Abs. 2 bis 5, für den neuen Zulassungszeitraum weiter. Die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Leistungserbringer und Versicherten gelten weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

### **§ 36 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.

### **§ 37 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 Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.