

Zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
dem BKK-Landesverband NORD,**
(handelnd für die Betriebskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind;
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, handelnd
als Landesverband der landwirtschaftlichen Krankenversicherung),

der Knappschaft,

der IKK Hamburg,

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

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

(vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,
handelnd für seine Mitgliedsassen)

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V.

(vertreten durch die Landesvertretung Hamburg,
handelnd für seine Mitgliedsassen)

und

der **Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

wird im Folgenden der

4. Nachtrag

zum Vertrag vom 09. Nov. 2005 über ein strukturiertes Behandlungsprogramm KHK der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

und den Hamburger Krankenkassen/-verbänden

in der Fassung des 3. Nachtrages vom 01.10.2007

vereinbart

vom 18. Juni 2008

Zur Anpassung des Vertrages an die Änderungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sowie der 17. RSA-Änderungsverordnung treffen die Vertragspartner die folgenden Regelungen:

1. Das Inhaltsverzeichnis, Abschnitt II, § 8 des Vertrages wird wie folgt geändert:

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

2. In den Erläuterungen werden die Begriffe „Leistungserbringer“, „Vertragsärzte“ sowie „Dokumentationsdaten“ wie folgt neu gefasst und um den Begriff „Anstellender Arzt“ erweitert:

- „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.
- „Dokumentationsdaten 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV“ sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV aufgeführten Daten.
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

3. § 2 Abs. 2 wird wie folgt gefasst:

(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 Versorgungsinhalte sowie die Dokumentation betreffen, entsprechen der Anlage 5 sowie der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV.

4. In § 2 Absatz 3, Satz 3 wird „AOK Hamburg“ durch „AOK Rheinland/Hamburg“ ersetzt.

5. § 3 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

(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 oder auch der DMP-koordinierende Arzt gem. der Anlage 6, Ziffer 1.7.1 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.

Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

6. § 3 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

(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.

7. § 3 Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst und ein Absatz 5 angefügt:

(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 DMP-koordinierender Arzt bezeichnet) gehören insbesondere:

1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Ziffer 1.7 der Anlage 6,
2. die Information, Beratung und Einschreibung in das Programm mittels Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung gem. § 15, sowie Erstellung und Weiterleitung der vollständigen Einschreibeunterlagen gem. § 16 entsprechend den Abschnitten VII und VIII. Mit der Teilnahmeerklärung/Einwilligungserklärung wählt der Versicherte den DMP-koordinierenden Arzt,
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 6,
6. bei Überweisung und Einweisung gem. Ziffer 5:
 - therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 6 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 Punkt 1.7.4 der Anlage 6 genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.

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.

8. § 4 Abs. 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst und ein Absatz 4 und 5 neu angefügt:

(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. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

(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 Einschreibung,
2. die Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der gem. § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gem. Punkt 1.7 der Anlage 6,

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 KVH entsprechend nachgewiesen ist,
5. die Überweisung und Einweisung gem. Punkt 1.7 der Anlage 6 per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen,
6. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Ziffer 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 6 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 Punkt 1.7.4 der Anlage 6 genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.

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.

9. § 6 wird wie folgt neu gefasst:

- (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.

10. In § 8 wird die Überschrift neu gefasst und die Ziffern 6 und 7 angefügt:

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

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 oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage beigefügten Formular (Anlage 5a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“).
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.

11. § 9 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

- (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 den teilnehmenden stationären Einrichtungen sowie 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.

12. § 9 Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst und die bisherigen Absätze 2 bis 4 werden zu Absatz 3 bis 5:

(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.

13. In § 11 wird der 5. Spiegelstrich wie folgt neu gefasst:

- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gem. der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV,

14. § 12 Absatz 3 wird wie folgt neu gefasst:

(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.

15. § 16 Absatz 1, Absatz 3 und Absatz 4 werden wie folgt neu gefasst:

- (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.

- (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 Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierte Betreuung in Form einer Verbesserung von Lebensqualität und Lebenserwartung profitieren kann.

- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Vertragsarzt. 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.

16. § 17 Absätze 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

- (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.

sowie Absatz 3 Buchstabe e) und f):

(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.

17. § 18 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

- (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 koordinierenden Vertragsarztes.

18. § 22 Absatz 3, 4 und 6 werden wie folgt neu gefasst:

- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt nach § 31 Absatz 3 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,
 - Wiederherstellung des Versichertenbezuges im Einzelfall auf Verlangen eines Vertragspartners.
- (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,
- Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
- Überprüfung der Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität, Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der RSAV (Folgedokumentation) unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse.

(6) Die Teilnahmeerklärung (Anlage 5) des DMP-koordinierenden Arztes 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.

19. § 23 Absatz 1 und 2 werden wie folgt neu gefasst:

- (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 koordinierende Vertragsarzt 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.

20. § 24 wird wie folgt neu gefasst:

(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

die Dokumentation 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. Diese Liste übermittelt der Arzt auf dem Postwege unverzüglich, spätestens aber bis 52 Tage nach Ablauf des Quartals unterschrieben an die Datenstelle zurück.

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 einen Ausdruck der übermittelten Daten.

21. § 26 wird wie folgt neu gefasst:

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.

22. § 27 wird wie folgt neu gefasst:

- (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.

23. In § 31 wird „Absatz 2“ gestrichen und „Absatz 3“ zu „Absatz 2“.

24. In § 32 wird jeweils hinter „§ 28f Abs. 2“ „Satz 1 Nr. 1c)“ gesetzt.

25. In § 33 Abs. 1 Nrn. 1, 2 und 3 des Vertrages wird hinter dem Wort „Dokumentationsdaten“ „6a“ gestrichen und durch „der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6“ ersetzt.

26. § 37 Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

- (1) Kosten der Datenstelle, die im Zusammenhang mit der Verarbeitung gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 entstehen sowie die Kosten der Evaluation tragen die Krankenkassen.

27. In der Übersicht „Anlagen“ wird Anlage 7 wie folgt geändert:

Anlage 7a Dokumentationsdaten nach Anlage 2 RSAV

Anlage 7b Dokumentationsbogen nach Anlage 6 RSAV

28. Anlagen

- Die Anlagen 1, 2 und 3, Stand 17.10.2005, werden gegen die Anlagen 1, 2 und 3, Stand 18.06.2008, ersetzt.
- Die Anlage 4, Stand 01.11.2005 wird entfernt.
- Die Anlage 5, Stand 01.11.2005 wird gegen die Anlage 5, Stand 18.06.2008 ersetzt.
- Die Anlage 5a, Stand 18.06.2008, wird neu aufgenommen.
- Die Anlagen 8 und 9, Stand 17.10.2005, werden gegen die Anlagen 8 und 9, Stand 18.06.2008, ersetzt.
- Die Anlage 10, Stand 01.11.2005, wird gegen die Anlage 10, Stand 18.06.2008, ersetzt.

29. Inkrafttreten

Dieser Nachtrag tritt am 01.07.2008 in Kraft.