Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

zwischen

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

dem BKK-Landesverband NORDWEST,
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),

der IKK classic
(handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem oben genannten Vertrag beigetreten sind),

der KNAPPSCHAFT,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

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

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)

Neufassung vom 01.04.2021 i.d.F. des 3. Nachtrags vom 01.10.2025

Hinweis: Eine Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen und IKKn finden Sie am Ende des Dokumentes.

Inhaltsverzeichnis:

ERLÄUTERUNGEN

ANLAGENÜBERSICHT

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I - ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II - TEILNAHME DER ÄRZTE

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektor (DMP-koordinierender Arzt) – 1. Versorgungsebene -

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungssektor (Facharzt) – 2. Versorgungsebene -

§ 5 Antrag auf Teilnahme am DMP

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III –VERSORGUNGSINHALTE

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Sanktionen

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

§ 14 Information und Einschreibung

§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes

ABSCHNITT VI – FORTBILDUNG/SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

§ 17 FORTBILDUNG VON ÄRZTEN

§ 18 Schulung von Versicherten

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 19 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

§ 20 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentationen

§ 23 Datenzugang

§ 24 Datenaufbewahrung und -löschung

ABSCHNITT VIII – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 25 Ärztliche Leistungen

§ 26 Vergütung der Ärzte und Abrechnungsbestimmungen

ABSCHNITT IX – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 27 Kosten zur Durchführung des Vertrages

§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 29 Übermittlung der Abrechnungsdaten

§ 30 Evaluation

§ 31 Laufzeit und Kündigung

§ 32 Salvatorische Klausel

Erläuterungen / Abkürzungen

„Ärzte“ sind Vertragsärzte, ermächtigte oder zugelassene Ärzte sowie bei Ärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder Krankenhäusern angestellte Ärzte

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

„DMP“ ist die Abkürzung für Disease-Management-Programm

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

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung

„MVZ“ ist ein Medizinisches Versorgungszentrum

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

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

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

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Übersicht Anlagen

Anlage 1 **Strukturqualität für Ärzte nach § 3**

Anlage 2 **Strukturqualität für Ärzte nach § 4**

Anlage 3 **Antrag auf Teilnahme am DMP**

Anlage 4 **indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation**

Anlage 5 **Qualitätssicherung (Ziele, Indikationen, Maßnahmen)**

Anlage 6 **Technische Anlage Leistungserbringerverzeichnis**

Anlage 7 **Dokumentationsfrequenzen**

Anlage 8 **Patientenschulung**

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 körperlichen Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung. Neben dem Bluthochdruck ist die KHK die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz.

(2) Im Rahmen dieses Vertrages werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten. Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen werden in gesonderten Verträgen in das Behandlungsprogramm eingebunden.

(3) Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel des Vertrages, mögliche Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu identifizieren und ggf. abzubauen.

(4) Die Vertragspartner vereinbaren zum 01.04.2021 die Neufassung des Vertrages vom 10.01.2018 in der Fassung des 3. Nachtrages vom 29.03.2019. Die Neufassung des Vertrages vom 01.04.2021 berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzerkrankung sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5, sowie der RSAV festgelegt.

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele des Vertrages

(1) Ziele dieses Vertrages sind:

- durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf die Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit KHK 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 Absatz 2 genannten Ziele zu erreichen.

(2) Weitere Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm, die von den Vertragspartnern angestrebt werden, sind in der Nummer 1.3 Anlage 5 der DMP-A-RL festgelegt und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für:

1. 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, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben.

(2) Versicherte, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, die entsprechenden Voraussetzungen zur Teilnahme erfüllen und bei einer an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse versichert sind.

(3) Grundlage dieses Vertrages sind die Anforderungen der RSAV sowie insbesondere der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

(4) 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 NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenden Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
3. Dieser Vertrag gilt auch für Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der IKK classic erklären und die Vergütungen gemäß §§ 25 bis 26 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 ÄRZTE

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors koordinierender Arzt (1. Versorgungsebene)

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

(2) Teilnahmeberechtigt als koordinierende Ärzte sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und dies gegenüber der KVH nachweisen

(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 dem Teilnahmeantrag nach § 5 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 angestellte Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den anstellenden Arzt bzw. das anstellende MVZ gegenüber der KVH nach.

(5) Zu den Pflichten des koordinierenden Arztes gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in der Anlage 5 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Ärzte unter Beachtung der in Anlage 5 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
3. die Information, Beratung und Einschreibung in das Programm gemäß § 14 Abs. 1 sowie die elektronische Erfassung am Ort der Leistungserbringung und die Weiterleitung binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 4) des Versicherten ist ebenfalls binnen 10 Kalendertagen mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose zu übermitteln. Der Arzt hat vor Versendung der Dokumentation sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Im Übrigen gilt die im § 24 Abs. 2 Nr. 2c RSAV benannte Frist zu Übermittlung der Dokumentationen.
4. die Vergabe einer DMP-Fallnummer seiner Wahl für jeden Versicherten, die aus maximal sieben Zeichen („0“ – „9“) bestehen darf und jeweils nur für einen Patienten verwendet werden darf,
5. die schriftliche Information der Versicherten über die übermittelten Dokumentationsdaten mittels Ausdruck der übermittelten Daten,
6. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

7. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH nachgewiesen ist,
8. die Beachtung der Überweisungs- und Einweisungsregeln entsprechend Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
9. bei Überweisung und Einweisung gemäß Nr. 8 therapierelevante Informationen zeitnah entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern; Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Überweist der koordinierende Arzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des § 24 BMV-Ä zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z.B. einer DMP-Schulung oder weiteren in der Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Indikationen, so vermerkt der überweisende Arzt auf dem Überweisungsschein, dass der Versicherte in das DMP KHK eingeschrieben ist. Erlangt der koordinierende Arzt Kenntnis vom Ende der Teilnahme seines Patienten am DMP (z.B. durch Mitteilung der Krankenkasse des Patienten) und eine zeitnahe erneute Einschreibung des Patienten ist nicht in Aussicht, sollte der koordinierende Arzt die im Rahmen des DMP mitbehandelnden Ärzte über die Teilnahmebeendigung informieren,
10. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene, geeignete, am Programm teilnehmende Krankenhaus vorzunehmen. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
11. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,
12. die Berücksichtigung der von der Datenstelle verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für unplausible Dokumentationen.

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

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des kardiologisch qualifizierten Versorgungssektors (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 gemäß 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 dem Teilnahmeantrag nach § 5 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.

(5) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Beachtung der in der Anlage 5 DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Information und Beratung über das Programm,

3. die Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der gemäß § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL
4. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVH entsprechend nachgewiesen ist,
6. die Überweisung und Einweisung gemäß Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL per Auftragsleistung an andere Leistungserbringer. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Nr. 6 zeitnah therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmende Leistungserbringer erfolgen.
8. die Weiterleitung des Versicherten an den DMP-koordinierenden Arzt unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen,
9. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete, am Programm teilnehmende, Krankenhaus vorzunehmen und den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderung der RSAV bzw. der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

(6) In Ausnahmefällen können Versicherte mit KHK einen nach § 4 teilnehmenden Arzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Für den Arzt gilt dann § 3 Abs. 5 entsprechend.

§ 5

Antrag auf Teilnahme am DMP

Der Arzt beantragt unter Nutzung der Anlage 3 die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag bei der KVH. Wird die Genehmigung der Teilnahme und Abrechnung für einen angestellten Arzt beantragt, ist der anstellende Arzt/MVZ auf dem Formular in der Anlage 3 einzutragen. Das Anlage 3 ist für jeden angestellten Arzt auszufüllen, der die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag erhalten möchte.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVH erteilt den gemäß § 3 teilnahmeberechtigten Ärzten und den gemäß § 4 teilnahmeberechtigten Fachärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in Anlage 1 bzw. Anlage 2 genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen und ein Antrag nach § 5 vorliegt.

(2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung einmal kalenderjährlich durch die KVH. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Nach Abschluss der Prüfung erhalten die Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen umgehend eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:

a) Aufhebung der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe

b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung

c) Ruhen der Zulassung, ohne Angabe von Gründen

d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt oder nicht erfüllt

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVH bestätigt.

(2) Nach erfolgter Aufhebung der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Arztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass ein erneuter Teilnahmeantrag gemäß Anlage 3 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf dem Teilnahmeantrag, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der erforderlichen Unterlagen.

(3) Der Arzt kann seine Teilnahme oder die eines angestellten Arztes schriftlich gegenüber der KVH kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Eine erneute Teilnahme ist möglich, wenn ein neuer Antrag gem. Anlage 3 gegenüber der KVH gestellt wurde. Abs. 1 gilt entsprechend. Die KVH informiert die Krankenkassen mittels des Verzeichnisses der Leistungserbringer gemäß § 8 über die Beendigung der Teilnahme.

(4) Die Teilnahme des Arztes am DMP endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVH.

(5) Endet oder ruht die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des Arztes gemäß § 16 vorzunehmen.

(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 mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular nachzuweisen.

(7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 oder 2 näher bezeichneten Voraussetzung erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Verzeichnisse der Leistungserbringer

(1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KVH ein Verzeichnis gemäß Anlage 6. Die KVH stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen und der Datenstelle im 14-tägigen Rhythmus in elektronischer Form zur Verfügung.

(2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Dieses Verzeichnis wird der KVH mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt.

(3) Die Verzeichnisse gemäß Absatz 1 und 2 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung.

(4) Die Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:

1. bei Bedarf den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVH,
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die Krankenkassen,
3. der Datenstelle durch die KVH und
4. bei Bedarf den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken

Daneben können die Leistungserbringerverzeichnisse auch veröffentlicht werden.

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

(1) Die Anforderungen an das Behandlungsprogramm sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und Dokumentation) entfaltet, unverzüglich durch die KVH über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung zu unterrichten.

(2) Die Vertragspartner stimmen überein, die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuellen Anlage 5 DMP-A-RL zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV - Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in Anlage 5 genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

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

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 5 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.

(2) Die Maßnahmen entsprechend § 2 DMP-A-RL werden insbesondere ergänzt durch die Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und Versicherten nach § 2 Abs. 4 DMP-A-RL.

(3) Zur Auswertung werden die fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL ergeben.

(4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 5 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Sanktionen

(1) Verstößt der teilnehmende Arzt schuldhaft gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KVH eine der folgenden Maßnahmen:

- Verwarnung durch die KVH, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- Aufhebung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung

Grundsätzlich ergehen die Sanktionen in der genannten Reihenfolge. Das gilt nicht bei schwerer Verfehlung.

(2) Die jeweiligen Sanktionen werden von der KVH vollzogen. Die Gemeinsame Einrichtung ist zuvor Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.

ABSCHNITT V

TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß § 3 der DMP-A-RL erfüllt sind. Ferner muss der Versicherte von der Erreichung der Therapieziele nach § 1 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken.

(2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.

§ 14

Information und Einschreibung

(1) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL die gemäß § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten über das DMP. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV i.V. m. § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 4 über das DMP und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung der Daten informieren.

(2) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 4) zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung folgende Unterlagen vorliegen:

1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.
2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme und Einwilligungserklärung.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht in der Datenstelle vorliegt.

(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 gemäß Absatz 3 erstellt und übermittelt werden.

(6) Wenn der Versicherte an mehreren der in DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Behandlungsprogramm Herzinsuffizienz ist nicht möglich. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinieren Arzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.

(7) Soweit ein am DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, kann er sich erneut in das DMP einschreiben lassen. Es ist eine Neueinschreibung vorzunehmen und es sind die gemäß Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 erstellt wurde. Nachdem alle Unterlagen entsprechend § 14 Abs.3 der Krankenkasse vorliegen und die Krankenkasse den Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine 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 auch gemäß der in § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannten Gründe sowie mit dem Kassenwechsel, mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches oder dem Ende der Programmzulassung.

(4) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.

(5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 16

Wechsel des koordinierenden Arztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

(2) Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten dem neu gewählten koordinierenden Arzt alle therapierelevanten Krankenunterlagen.

ABSCHNITT VI

FORTBILDUNGEN/SCHULUNGEN VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

§ 17

Fortbildung von Ärzten

(1) Die Krankenkassen und die KVH informieren die teilnehmenden Ärzte umfassend über Ziele, Inhalte und evidenzbasierte Grundlagen des DMP KHK gemäß § 4 DMP-A-RL, insbesondere mithilfe des Arztmanuals.

(2) Fortbildungen der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildung sind DMP-A-RL-konform (Anlage 5 Nummer 3 der DMP-A-RL).

(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.

(4) Fortbildungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 18

Schulung von Versicherten

Unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen erhält jeder teilnehmende Versicherte (und bei Bedarf dessen Bezugsperson) Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm, das sich an internationalen Standards orientiert und durch das BAS zugelassen ist. Es sind ausschließlich die in Anlage 8 genannten Schulungsprogramme vereinbart.

ABSCHNITT VII –

ARBEITSGEMEINSCHAFT, GEMEINSAME EINRICHTUNG UND DATENSTELLE

§ 19

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV. Die Regelungen des Art. 28 DSGVO i.V. m. § 80 SGB X finden hier Berücksichtigung. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 20

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 RSAV

Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i.V. m. § 80 SGB X oder erweitern die Aufgaben

einer schon bestehenden Gemeinsamen Einrichtung. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 21

Datenstelle

Die Arbeitsgemeinschaft nach § 25 Abs. 2 RSAV beauftragt eine Datenstelle. Näheres ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

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 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Ärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 23

Datenzugang

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

§ 24

Datenaufbewahrung und -löschung

(1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt.

(2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.

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

(4) Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

ABSCHNITT VIII

VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 25

Ärztliche Leistungen

Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des EBM und sind mit der in den jeweiligen Honorarvereinbarungen mit der KVH definierten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Die Vergütungen der nachfolgenden Leistungen sowie der Schulungen gemäß Anlage 8 erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation ist ausgeschlossen.

§ 26

Vergütung der ärztlichen Leistungen und Abrechnungsbestimmungen

(1) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Dokumentation für teilnehmende Versicherte sowie für die im Zusammenhang mit der qualifizierten Behandlung entstehenden Aufwendungen (Therapieplanung/Diagnostik) erhalten Ärzte folgende Vergütungen:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie die fristgerechte Übermittlung der vollständigen Einschreibeunterlagen an die Datenstelle inkl. Versandkosten	**25,- €**	95500
Beratung und Erstellung der vollständigen plausiblen Folgedokumentationen sowie fristgerechter Versand an die Datenstelle	**15,- €**	95501
Individuelle Therapieplanung auf Basis der individuellen Risikofaktoren: • Alter, • Geschlecht, • familiäre Prädisposition und beeinflussbare Risikofaktoren wie z.B.: → Übergewicht, → Diabetes mellitus, → Fettstoffwechselstörung, → Hypertonie, → linksventrikuläre Funktionsstörung, und → Rauchen	**10,- €**	95502

(Nummer 1.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL) durch Ärzte gemäß § 3; 1x im Kalenderjahr		
Erweiterte Diagnostik und Risiko-Stratifizierung durch Ärzte nach § 4 im Rahmen der individuellen Therapieplanung auf Basis individueller Risikofaktoren auf Überweisung durch den koordinierenden Arzt 1x im Kalenderjahr	**25,- €**	95503

(2) Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Absatz 1 mit der Ausnahme der GOP 95500 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm KHK aufgrund der Vorschriften der DMP-A-RL. Die Abrechnung und Vergütung der in diesem Vertrag aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Infolge eines Arztwechsels ist eine Folgedokumentation gemäß § 16 zu erstellen, so dass in diesem Fall nur eine Folgedokumentation vergütet wird. Eine erneute Einschreibung in das DMP-Programm KHK kann unter der Voraussetzung abgerechnet werden, dass der DMP-Teilnehmer zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde gemäß einer Voraussetzung des § 24 Absatz 2 Nr. 2 a–c RSAV und eine erneute Einschreibung in das DMP KHK gemäß der RSAV und DMP-A-RL erfolgen muss. Der Arzt wird über das Ausscheiden des Versicherten gemäß § 15 Absatz 5 informiert. Sofern in einem Quartal eine Erstdokumentation abgerechnet wird, kann im gleichen Quartal keine Folgedokumentation abgerechnet werden.

(4) Der Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL entsprechend den Ausprägungen des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (jedes Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versi-

cherten maßgeblich ist. Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird auf die Anlage 7 verwiesen. Die Folgedokumentation KHK (GOP 95501) soll je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden. Bei einem quartalsweisen Dokumentationsintervall ist pro Kalenderquartal eine Dokumentation zu erstellen. Bei einem Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal ist in jedem zweiten Quartal eine Dokumentation zu erstellen.

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

(6) Die Datenstelle übermittelt spätestens 8 Wochen nach Ende des Quartals eine Auswertung der eingegangenen Dokumentationen (DMP-Vergütungsdatei). Näheres hierzu regeln die Vertragspartner im Datenstellenvertrag. Die durch die KVH durchzuführende Abrechnungsprüfung erfolgt bei fristgerechter Übermittlung und technischer Verwertbarkeit der Daten unter Berücksichtigung der von der Datenstelle zur Verfügung gestellten Vergütungsdatei. Näheres hierzu regeln die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung.

ABSCHNITT IX

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 27

Kosten zur Durchführung des Vertrages

(1) Kosten, die durch die notwendige Information der Ärzte entstehen, teilen sich die Vertragspartner. Die Krankenkassen tragen die Kosten für das Arztmanual. Die KVH übernimmt den Versand bzw. die Veröffentlichung in elektronischer Form und die sonstigen Informationen.

(2) Kosten für die Teilnahme- und Einwilligungserklärung übernehmen die Krankenkassen. Die Kostenaufteilung zwischen den Krankenkassen erfolgt analog der Regelung zur Kostenumlage in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung.

§ 28

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

(1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht muss gewährleistet sein.

(2) Die Ärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 29

Übermittlung der Abrechnungsdaten

(1) Die KVH liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.

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

§ 30

Evaluation

Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.

§ 31

Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2021 in Kraft und ersetzt den bisherigen Vertrag vom 10.01.2018 in der Fassung des 3. Nachtrages vom 29.03.2019. Bereits am Vertrag teilnehmende Versicherte und Ärzte müssen sich nicht erneut in das DMP einschreiben. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 4 Wochen von jedem Vertragspartner zum Ende eines jeden Quartals gekündigt werden. Dieser Vertrag kann auch von oder gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse gekündigt werden. Eine solche Kündigung lässt den Vertrag im Übrigen unberührt.

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind hierbei einzuhalten.

(4) Bei Wahrnehmung eines Kündigungsrechts sind sich die Vertragspartner einig, dass Verhandlungen zur Sicherstellung der Versorgung von Patienten mit KHK in der Region Hamburg auf dem erreichten Standard aufgenommen werden.

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

§ 32

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.

Hamburg, den 15.03.2021

……

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

……..

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

……..

BKK Landesverband NORDWEST

zugleich SVLFG als LKK

……..

IKK classic

……..

KNAPPSCHAFT

Regionaldirektion Nord, Hamburg

……..

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

– Anlage 1 –

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Ärzte nach § 3 (1. Versorgungsebene)

I. Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmende Ärzte sowie bei Ärzten oder zugelassenen Einrichtungen angestellte Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

II. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Praktischer Arzt
  Information durch das Arzt-Manual
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards
- Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie[1] [2]
- mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung oder regelmäßige Teilnahme an von der KV Hamburg anerkannten hausärztlichem Qualitätszirkel, der sich auch mit kardiologischen Themen beschäftigt.

[1] Leitlinien zur Ergometrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.J. Trappe und H. Löllgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89 (2000), 821-837

[2] Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

III. Apparative Voraussetzungen

Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Vertragsarztpraxis:

- EKG
- Belastungs-EKG [3]
- 24-Stunden Blutdruckmessgerät
- Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte

IV. Patientenschulungen

Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit die Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - nach den Anlagen 1 und 2 erfüllt und eine gesonderte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KVH erhalten haben. Dies gilt ebenso für Ärzte, die eine Schulungsberechtigung nach dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 erworben haben.
Die Ärzte nach den §§ 3 und 4 müssen **weitere folgende** Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen, um eine gesonderte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Schulungsleistungen zu erhalten.

[3] Leitlinien zur Ergometrie, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, bearbeitet im Auftrag der Kommission für Klinische Kardiologie von H.J. Trappe und H. Löllgen: Leitlinien zur Ergometrie. Z. Kardiol. 89 (2000), 821-837

Notwendige Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen
- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein

Qualifikation des Arztes - ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- der Arzt/die Ärztin oder der angestellte Arzt/die angestellte Ärztin hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals[4]

- das nicht-ärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

„Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei **Durchführung von Schulungen** (teilweise als auch in Gänze) im **Videoformat** zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen.

[4] Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.
Die einschränkenden Bedingungen gem. § 22 des DMP-Vertrages sowie gem. Anlage 4 zur Schulungsberechtigung gelten. Ein Nachweis für die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals ist nur zu erbringen, wenn dieses Personal auch eingesetzt wird.

Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindiktion von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

– Anlage 2 –

zum Vertrag über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit koronarer Herzkrankheit

Strukturqualität für Ärzte nach § 4 (2. Versorgungsebene)

I. Teilnahmeberechtigung

Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsebene sind die Ärzte sowie bei Ärzten oder zugelassenen Einrichtungen angestellte Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte einhalten und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

II. Spezialisierte Schwerpunktpraxen/qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie[1]

1. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen – ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen
   - Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
   - Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme
   - Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
   - Zusammenarbeit mit einer zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie spezialisierten Praxis / qualifizierten Einrichtung
   - Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung/ Praxis für Nuklearmedizin
   - Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen in der Region
   - Einsatz von qualifiziertem Personal
   - mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (Mindestdauer 4 Stunden im Jahr) und/oder Teilnahme an KHK-spezifischem strukturiertem von der KV Hamburg anerkanntem

[1] Entspricht Kennzeichnung **B = Fachärzte** (nicht invasiv = konventionelle Therapie) [2. Ebene] in Anlage 10 (Leistungserbringerverzeichnis).

Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region (Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr)

2. Apparative Mindest-Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- farbkodierte Dopplerechokardiographie[2], Stressechokardiographie [3] [4]
- EKG, Belastungs-EKG[2], Langzeit-EKG
- 24 Stunden-Blutdruckmessgerät
- Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, ggf. per Auftragsleistung
- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich:
  - Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
  - Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

[2] Es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils gültigen Fassung.
[3] Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in der jeweils gültigen Fassung
[4] ebd. a.a.O.; Die Untersuchung kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

III. Spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierte Einrichtung zur Durchführung einer Koronarangiographie und interventionellen Therapie [5]

1. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen – ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie
- Information durch das Arzt-Manual zu Beginn der Teilnahme
- Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region
- Beachtung der Indikationen und Kontraindikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie gemäß evidenzbasierten Leitlinien (Anlage 5 Nummer 1.5.5.1 der DMP-A-RL),
- Zusammenarbeit mit einer Praxis / qualifizierten Einrichtung für Nuklearmedizin
- Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region
- mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildung (Mindestdauer 4 Stunden im Jahr) und/oder
- Teilnahme an KHK-spezifischem strukturiertem von der KV Hamburg anerkanntem Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region (Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr)

2. Apparative Mindest-Voraussetzungen jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- Fachliche, organisatorische und apparative Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V. [6]
- Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators, ggf. per Auftragsleistung
- Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich:
  - Nachweis der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacher-Kontrolle (Nr. 13552 EBM) gegenüber der KV Hamburg
  - Abrechnungserlaubnis der KV Hamburg

[5] Entspricht Kennzeichnung **C = Fachärzte** (invasiv tätig) [2. Ebene] in Anlage 6 (Leistungserbringerverzeichnis).

[6] Die Qualitätsanforderungen zur Koronarangiographie gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V gelten auch im stationären Sektor. Analog zu den dortigen § 9 Abs. 1 und 2 „Zeugnisse und Kolloquien“ sind die Nachweise der fachlichen Befähigung sowie die Überprüfung der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 der Gemeinsamen Einrichtung vorzulegen. Ebenfalls obliegt die Überprüfung der Organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5 und die Überprüfung der apparativen Voraussetzungen gemäß § 6 der Gemeinsamen Einrichtung.

IV. Strukturqualität Schulungsarzt

1. Teilnahmeberechtigung für Patientenschulung

Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit die Strukturvoraussetzungen – persönlich oder durch angestellte Ärzte - nach dieser Anlage erfüllt und eine gesonderte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KVH erteilt wurde. Dies gilt ebenso für Ärzte, die eine Schulungsberechtigung nach dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 erworben haben.

Die Ärzte nach den §§ 3 und 4 müssen weitere folgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen, um eine gesonderte Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Schulungsleistungen zu erhalten:

2. Notwendige Ausstattung jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte

- Räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen
- Curricula und Medien der angebotenen Schulung müssen vorhanden sein

3. Qualifikation des Arztes - ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen

- der Arzt/die Ärztin oder der angestellte Arzt/die angestellte Ärztin hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die ihn zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

4. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals[7]

- das nicht-ärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die es zur Durchführung der angebotenen Schulungen qualifiziert, nachzuweisen

*gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers“ (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle) in der jeweils gültigen Fassung.

[7] Näheres ergibt sich aus den jeweils angebotenen Schulungsprogrammen.
Die einschränkenden Bedingungen gem. § 17 Abs. 4 des DMP-Vertrages sowie gem. Anlage 8 zur Schulungsberechtigung gelten. Ein Nachweis für die Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals ist nur zu erbringen, wenn dieses Personal auch eingesetzt wird.

Zusätzlich zu den Strukturvoraussetzungen zur Durchführung von Schulungen sind die nachfolgenden Strukturvoraussetzungen bei **Durchführung von Schulungen** (teilweise als auch in Gänze) im **Videoformat** zu erfüllen:

Fachliche Voraussetzungen ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss der Arzt, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für schulende Ärzte gegenüber der KVH nachweisen.
Fachliche Voraussetzungen nicht-ärztliches Personal	Bei der Durchführung von Schulungen im Videoformat muss das nichtärztliche Personal, zusätzlich die gegebenenfalls im Curriculum festgelegten erforderlichen Kompetenzen für das schulende nichtärztlichen Personal gegenüber der KVH nachweisen.
Ausstattung der Praxis	Die Anforderungen an technische Verfahren gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Abs. 1 SGB V) gelten entsprechend. Für Schulungen, die sowohl im Videoformat als auch im Präsenzformat durchgeführt werden, muss mindestens ein vollständiges Präsenzangebot für die jeweilige Schulungsindiktion von dem schulenden Arzt vorgehalten werden.
Hinweise zum Curriculum bei Schulungen im Videoformat	Bei Schulungen im Videoformat sind neben den o.g. konkreten Qualitätsanforderungen die Festlegungen des Curriculums hinsichtlich der im Videoformat durchzuführenden geeigneten Anteile der Schulung, der Gruppengrößen und der erforderlichen Maßnahmen des Qualitätsmanagements zu beachten.

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Arztstempel

Anlage 3

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen im Rahmen der Teilnahme an dem DMP Vertrag KHK

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname | Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

☐ Vertragsarzt ☐ Angestellter Arzt ☐ Ermächtigter Arzt ☐ Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____

Ansprechpartner für Rückfragen: _____

Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

1).....

2).....

3).....

4).....

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

☐ Allgemeinmedizin
☐ **oder** Praktischer Arzt
☐ Innere Medizin
☐ Innere Medizin und SP Kardiologie

Teilnahme

Ich beantrage die Genehmigung

☐ **als koordinierender Arzt gemäß § 3 des Vertrags im Rahmen des hausärztlichen Versorgungssektors und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1**

oder

als kardiologisch qualifizierter Arzt/Einrichtung gemäß § 4 des Vertrags

☐ als spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung für konventionelle Kardiologie und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 Abschnitt II

☐ als spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung für interventionelle Kardiologie und erfülle die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 2 Abschnitt III

☐ Zusätzlich möchte ich in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt tätig werden.

Mir ist bekannt, dass ich als kardiologisch qualifizierter Facharzt nur in Ausnahmefällen als koordinierender Arzt teilnehmen kann, wenn ein Patient bereits vor der Einschreibung von mir dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß Abschnitt VII des Vertrags.

☐ **Schulungsarzt**

☐ Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 8 durchführen. Den dafür vorgesehenen Antrag und die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Bestätigung/Einverständnis

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich das Arztmanual zur Kenntnis genommen habe
- ich die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele einhalte,
- ich die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- ich bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, die Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken) sowie den Patienten die für sie vorgesehene Ausfertigung der Dokumentation aushändige.
- ich die bei mir angestellten Ärzte, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur

  - Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
  - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
  - Weitergabe an Patientendaten an Dritte

  erfüllen.

Mir und meinen angestellten Ärzten ist bekannt, dass

- die Teilnahme an dieser Vereinbarung freiwillig ist;
- ich meine Teilnahme mit einer Kündigungsfrist von vier Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVH schriftlich kündigen kann,
- die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entsprechend § 3 dieser Vereinbarung von mir gegenüber der KV Hamburg nachzuweisen sind,
- bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen Vertragsmaßnahmen nach § 13 getroffen werden können und
- meine Teilnahme an der Vereinbarung mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit endet,
- meine im Rahmen der DMP erhobenen Daten entsprechend der in der RSAV vorgesehenen Pseudonymisierungs-Regelungen an die Arbeitsgemeinschaft, die Gemeinsame Einrichtung, das Evaluationsinstitut, die Krankenkassen und die KVH weitergeleitet werden.

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft, Gemeinsame Einrichtung und Datenstelle

Den in meinem Namen zwischen

- der Datenstelle,
- der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (im Folgenden: Arbeitsgemeinschaft),
- der Gemeinsamen Einrichtung DMP Hamburg sowie
- den Krankenkassen in Hamburg

geschlossenen Vertrag (Beauftragungsvertrag Datenstelle) genehmige ich.

Das gleiche gilt für die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen, wenn diese die Aufgaben der Datenstelle übernimmt. Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt bzw. die in der Arbeitsgemeinschaft vereinbarten Regelungen zu informieren. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die beteiligten Krankenkassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt des Vertrages zu informieren.

Ich beauftrage die Datenstelle / die Arbeitsgemeinschaft

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und

2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL i.S.d. § 25 Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft Hamburg und die Krankenkasse die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft Hamburg, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Rechtlicher Hintergrund

Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung/Gebührenfestsetzung

Bitte beachten Sie:

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind
- **Dieser Antrag ist gebührenpflichtig.**

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum	Unterschrift **Antragsteller/in**
Datum	Unterschrift **Angestellte/r**

Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftsbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

_____
Ort/Datum

_____ _____
Unterschrift des BAG-Partners Name in Druckbuchstaben

_____ _____
Unterschrift des BAG-Partners Name in Druckbuchstaben

_____ _____
Unterschrift des BAG-Partners Name in Druckbuchstaben

_____ _____
Unterschrift des BAG-Partners Name in Druckbuchstaben

_____
Praxisstempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

070EH **Krankenhaus-IK**

Exemplar für die Datenstelle

☐ Diabetes mellitus Typ 1
oder
☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit
oder
☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma
oder
☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rücken-schmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz “ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Exemplar für den Arzt

070EH **Krankenhaus-IK**

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit oder ☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma oder ☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rückenschmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz " (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für

Exemplar für den Patienten

070EH **Krankenhaus-IK**

☐ Diabetes mellitus Typ 1 oder ☐ Diabetes mellitus Typ 2

☐ Koronare Herzkrankheit oder ☐ Herzinsuffizienz

☐ Asthma oder ☐ COPD

☐ Brustkrebs

☐ Depression

☐ Rheumatoide Arthritis

☐ Rückenschmerz

☐ Osteoporose

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzinformation aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz " (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationsspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

06.05.2020 TEEWE Indikationsübergreifend

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten".

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. "Dritte") mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation
beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen.
Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.
Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt.
Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse"). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.
Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.
Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

Ihre Krankenkasse und Ihre koordinierende Ärztin oder Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage Qualitätssicherung

V 6.1 – Stand 28.01-2021

QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK)
Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen Qualitätsberichterstattung

Anm.:
In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck unter 140/90mmHg bei bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruck systolisch kleiner gleich 139 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie Zielwert: größer gleich *65%*	Zähler: Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Thrombozyten-aggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Thrombozytenaggregations-hemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation Zielwert: größer gleich 80% Teilnehmer	Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“ Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ ODER „orale Antikoagulation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monaten, die aktuell einen Betablocker erhalten	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate und ohne Kontraindikation gegen Betablocker: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die aktuell einen Betablocker erhalten. Zielwert: größer gleich 80%	Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 7 ISD (Betablocker) = „Ja“ Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3a ISD (Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate) = „Ja“ UND NICHT Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Statine erhalten .	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation. Zielwert: größer gleich 80%	Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Hoch“ ODER „Moderat“ ODER „Niedrig Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Kontraindikation“ gegen Statin	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV b. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Statintherapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine leitliniengerechte Statintherapie (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie) erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Zielwert: größer gleich 80 %	Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“ ODER [[Feld 9a = ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Niedrig“ ODER „Moderat“] UND [Feld 9c ISD (Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis) = „Aufdosierungsphase“ ODER „LDL-Zielwert erreicht“ ODER „Kontraindikation gegen Hochdosis“ ODER „Ablehnung durch Patienten“]] Nenner: Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“ ODER „Moderat“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		ODER „Niedrig“		
V. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zielwert:</u> kleiner 15% b) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben Zielwert: kleiner 15%	<u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>b) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VI. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen	<u>a) Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	haben, bezogen auf alle bei Einschreibung ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Zielwert: - größer 50 %	wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit: [Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums ODER [Feld 11 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ } [1]		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	***Fakultativ zusätzlich**:* *Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer* *<u>kein Zielwert</u>*	*<u>Zähler:</u>* *Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit* Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ *seit DMP Einschreibung* *ODER* *Feld 10a ISD (*Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen*) = „Ja“ in der Erstdokumentation* *<u>Nenner:</u>* *Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer* { }[1] Liegt keine Angabe zu Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.)		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Angina-pectoris-Beschwerden	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Angina-pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Zielwert: größer 75% Zusätzlich Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) = „Nein“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) a) = „CCS 1“ b) = „CCS 2“ c) = „CCS 3“ d) = „CCS 4“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen sportliches Training möglich ist. Zielwert: größer 50%	Zähler: Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 ISD (Regelmäßiges sportliches Training) = „Ja“ Nenner: Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 15 (ISD) (Regelmäßiges sportliches Training) = „Nicht möglich“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139mmHg syst. Oder größer 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmern mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer Zielwert: Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	Zähler: Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen Nenner: Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
III. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 6

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 6

Erläuterung: Unter Teilnehmern sind hier die am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten gemeint

Anlage 6

zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Technische Anlage

zur

Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Koronare Herzkrankheit (KHK)

Version:	**03**
Gültig ab:	**01.07.2019**
Stand:	**26.06.2019**

In der Fassung für die Region Hamburg

Inhalt

0 Grundlage 3
1 Austauschformate 3
2 Dateiaufbau 3
2.1 Allgemeines 3
2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei 4
Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen 5
Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN 6

0 Grundlage

Die Datensatzbeschreibung berücksichtigt die Anforderungen des Bundesversicherungsamtes an die elektronisch zur Verfügung zu stellenden DMP-Leistungserbringerverzeichnisse. Mit der Übermittlung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Krankenkassen über die an einem DMP teilnehmenden Ärzte. Weiterentwicklungen der Anforderungen des Bundesversicherungsamtes erfordern ggf. eine Anpassung der Datensatzbeschreibung.

In den Datensätzen wird zwischen Mussfeldern („M“) und Kannfeldern („K“) unterschieden.

Die Inhalte bzw. Informationen der Mussfelder sind für die Weiterleitung und Verarbeitung von DMP-Leistungserbringerverzeichnissen unabdingbar. Sofern die Information eines Mussfeldes fehlt bzw. als fehlerhaft erkannt wird, ist von einer Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse abzusehen.

Kannfelder beinhalten gleichermaßen Informationen, die für die Weiterleitung von DMP-Dokumentationsdaten wichtig sind. Sie sind zu übermitteln, sofern sie der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) vorliegen. Das Fehlen von Informationen in Kannfeldern verhindert nicht die Weiterleitung und Verarbeitung der DMP-Leistungserbringerverzeichnisse.

1 Austauschformate

Die DMP-Leistungserbringerverzeichnisse sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Excel-Format (xlsx-Datei) zur Verfügung zu stellen. Mehrfachnennungen innerhalb eines Feldes sind mit einem Komma ohne Leerzeichen zu trennen.

2 Dateiaufbau

2.1 Allgemeines

In der unter 2.2 aufgeführten Tabelle wird der formale Aufbau der Excel-Datei definiert:

Unter den Spalten „Spalte“ und „Spaltenbezeichnung“ werden die zu verwendenden Überschriften in der Excel-Datei in Zeile ´1´ vorgegeben.

Die Spalte „Anz. Stell.“ Gibt die Menge der zu verwendenden Stellen vor. Es gilt, dass eine Zahl (z.B. ´5´) die erforderliche Anzahl Stellen angibt; drei Punkte und eine Zahl (z.B. ´...35´) die maximale Stellenbelegung.

Muss-Datenelemente sind in der Spalte „Feld-Art“ ´M` und Kann-Datenelemente als Feld-Art ´K` gekennzeichnet.

Die Spalte „Feld-Typ“ enthält die Vorgabe ´N´ = nummerisch oder ´AN´ = alphanummerisch. Als Inhalt von nummerischen Feldern (Feld-Typ ´N´) sind die Zeichen ‘0’ - ‘9’ zulässig. Sofern in einem Feld ein Dezimalzeichen anzugeben ist, ist dieses in der Datensatzbeschreibung aufgeführt. Als Inhalt von alphanummerischen Feldern (Feld-Typ ´AN´) sind die Zeichen gemäß ISO 8859-15 zulässig.

2.2 Format-Vorgabe Excel-Datei

Spalte	Spaltenbezeichnung/ Überschrift	Anz. Stell.	FeldTyp	Feld Art	Inhalt / Erläuterungen
A	LANR (Lebenslange Arzt-Nummer)	9	AN	M	Lebenslange Arztnummer
B	BSNR	9	AN	M	Betriebsstättennummer des Arztes
C	Anrede	4	AN	M	
D	Titel	…50	AN	K	Akademischer Titel
E	Name	…40	AN	M	
F	Vorname	…40	AN	M	
G	Straße, Hausnr.	…100	AN	M	
H	PLZ	5	AN	M	Postleitzahl
I	Ort	…50	AN	M	
J	Kreis	…50	AN	M	Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.
K	Telefon	…25	AN	M	Format: „Vorwahl/Rufnummer“ Sofern die Telefonnummer nicht bereitgestellt wurde, ist eine „0“ einzutragen.
L	Fax	…25	AN	K	Format: „Vorwahl/Faxnummer“
M	E-Mail	…50	AN	K	
N	Beginn der Teilnahme*	10	AN	M	Beginn der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“
O	Ende der Teilnahme*	10	AN	K	Beendigung der Teilnahme am DMP „TT.MM.JJJJ“ **Sofern die Teilnahme am DMP beendet wurde, muss das Feld gefüllt werden.**
P	Versorgungsebene*	…15	AN	M	Angabe zur ärztlichen Qualifikation gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 1 Zulässige Mehrfachnennungen: „A, B“ und „B, C“ Bei Mehrfachnennungen ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.
Q	Berechtigung*	…45	AN	M	Angabe zu den berechtigten Tätigkeiten im Rahmen des DMP gemäß der Schlüsseltabelle in Anhang 2 Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben. Bei zusätzlichen Angaben für Schulungsberechtigungen (Mehrfachnennungen) ist als Trennzeichen ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

* Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes, sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahme-Zeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahme-Zeitraums zu kennzeichnen. Der beendete Teilnahme-Zeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahme-Zeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen, z. B.:

LANR	[…]	Beginn der Teilnahme	Ende der Teilnahme	Versorgungsebene	Berechtigung
123456701	[…]	01.04.2015	31.12.2015	A	01
123456701	[…]	01.01.2016		A	01,14

Anhang 1: Schlüsseltabelle Versorgungsebenen

Versorgungsebenen
A = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V (1. Ebene) • Zulässige Mehrfachnennung: „A, B“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt. • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „C“ ist nicht zulässig. • Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
B = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher nicht-invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (2. Ebene) • Zulässige Mehrfachnennungen: „A, B“ und „B, C“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt. • Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebenen „B“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebenen „B“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.
C = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist (2. Ebene) • Zulässige Mehrfachnennung: „B, C“ • Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „C“ ist nicht zulässig. • Aufgabe der Ärzte der Versorgungseben „C“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungseben „C“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „C“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.

Anhang 2: Schlüsseltabelle BERECHTIGUNGEN

BERECHTIGUNG	**Erläuterung**	***möglich für folgende Indikationen***	**Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis**
01	Arzt koordiniert	*alle*	
02	Arzt koordiniert nicht	*alle*	
04	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	*DM2, KHK*	
05	MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)	*DM2, KHK*	
06	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	*DM2, KHK*	
07	Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	*DM2, KHK*	
10	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)	*DM1, DM2, KHK*	
13	Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	*DM1, DM2, KHK*	
14	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	*DM1, DM2, KHK*	
16	SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)	*KHK*	

Anlage 7

Dokumentationsfrequenz

zum Vertrag nach § 137f SGB V über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Zur Unterstützung bei der Wahl der geeigneten Dokumentationsfrequenz wird folgende Empfehlung ausgesprochen:

<table>
<tr><th>6-monatliche Dokumentation</th><th colspan="2">3-monatliche Dokumentation</th></tr>
<tr>
<td>KHK-Patienten

• seit mehr als 12 Monaten beschwerdefrei

und ggf. vorhandene relevante Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie) sind ausreichend eingestellt</td>
<td>KHK-Patienten mit

• Z.n. Infarkt und/oder Z.n. kardialem Ereignis, Interventionen, Operationen vor 6-12 Monaten und seither beschwerdefrei

und/oder

• stabiler Medikation seit 6-12 Monaten beschwerdefrei

und
ggf. relevante Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie) sind ausreichend eingestellt</td>
<td>KHK-Patienten mit

• Erstdiagnose KHK in den letzten 6 Monaten

und/oder

• Angina pectoris (typisch oder atypisch) Beschwerden in den letzten 6 Monaten

und/oder
KHK-Patienten mit

• kardialem Ereignis in den letzten 6 Monate

und/oder

• medikamentöser Neueinstellung in den letzten 6 Monate und/oder

• nicht ausreichend eingestellten Komorbiditäten (Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie) und/oder

• Z.n. kardialen Interventionen/ Operationen in den letzten 6 Monaten</td>
</tr>
</table>

-Anlage 8-

zum Vertrag zur Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Schulungen / Vergütung

Definition der abrechnungsberechtigten Ärzte

1. Ärzte nach §§ 3 und 4 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils vorgesehenen Qualitätsanforderungen für Schulende (Anlage 1 und 2) zu erfüllen. Ärzte und deren nichtärztliches Personal haben der KVH die erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung, die sie zur Durchführung einer angebotenen Schulung qualifiziert, nachzuweisen.

2. Die Schulungen Nr. 1 (Medias 2), Nr. 4 (Schulung für Patienten, die Normalinsulin spritzen) und Nr. 5 (Schulung zur intensivierten Insulintherapie) dürfen nur von Diabetologischen Schwerpunktpraxen durchgeführt werden, die eine Schulungsgenehmigung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2-Vertrages besitzen.

3. Das Schulungs- und Behandlungsprogramm „Orale Gerinnungshemmung“ (SPOG) (Nr. 8) darf nur von Ärzten nach § 4 durchgeführt werden.

4. Ärzte nach §§ 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

Abrechnungsgrundsätze

1. Patientenschulungen dienen der Befähigung der DMP-Teilnehmer zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Es können nur DMP-Teil-nehmer geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der DMP-Teilnehmer ist zu berücksichtigen.

2. Die nachfolgenden Schulungsprogramme werden in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage angeboten. Auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, wird verzichtet.

3. Jede Unterrichtseinheit entspricht 90 Minuten.

4. Es ist grundsätzlich nur eine strukturierte Schulungsmaßnahme je Schulungsanlass nach der speziellen Konstellation (Art der Insulintherapie, Alter, Diabetesdauer, Lernvermögen, spezielle Einschränkungen) je Patient einmalig abrechnungsfähig.

5. Frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, darf eine Schulung zum selben Schulungsanlass erneut erbracht werden (Wiederholungsschulung).

6. Die Schulungen erfolgen so, dass das gesamte Curriculum eines Schulungsprogrammes in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert wird. Wird eine Schulung nicht innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen absolviert, ist die Wiederholung der Schulung frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Schulungen, die in der Zwischenzeit fortgesetzt werden sollen, bedürfen der Begründung des Arztes und der Genehmigung der jeweiligen Krankenkassen.

7. Wurden die Versicherten bereits vor Inkrafttreten der Neufassung (In Kraft getreten zum 01.04.2021) geschult, so ist eine weitere Schulung aus demselben Schulungsanlass frühestens 8 Quartale nach dem Quartal, in dem die letzte Unterrichtseinheit erbracht wurde, möglich. Versicherte, die vor Inkrafttreten der Neufassung eine Schulung begonnen haben, sollen diese spätestens bis zum 30.09.2021 beenden.

8. Bei Schulung Nr. 1 beträgt die Kostenpauschale für das Schulungsmaterial 7,70 Euro (GOP 99205K) einmalig pro teilnehmenden Patient. Für Schulungsmaterial der Schulungen Nr. 2 bis 6 und 8 werden pauschal pro teilnehmenden Patienten einmalig je Schulungsprogramm 9,00 Euro (GOP 99204K) erstattet.

9. Kosten für Angehörige, welche an den Schulungen teilnehmen, sind nicht gesondert berechnungsfähig und mit den nachfolgenden Pauschalen für die jeweilige Schulung des DMP-Patienten abgegolten.

10. Bei der Durchführung von Schulungen (sowohl teilweise als auch in Gänze) im Videoformat, ist neben der GOP der Unterrichtseinheit (UE) des jeweiligen Schulungsprogramms zusätzlich die GOP 99499 (Kenn-Nummer für Videoschulungen) im Rahmen der Abrechnung anzugeben. Für die Durchführung von Schulungen im Videoformat sind die in den Anlagen zur Strukturqualität aufgeführten zusätzlichen Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Es dürfen ausschließlich die jeweils gültigen und vom BAS in der verwendungsfähigen Auflage erklärten Patientenschulungen im Videoformat durchgeführt werden

Aufstellung der abrechenbaren Leistungen:

Schulungsanlass	Schulungsprogramm	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen	Unterrichts-einheiten (UE) und Vergütung	GOP	GOP Wiederholung-schulung
DMP KHK-Teilnehmer mit Typ 2-Diabetes ohne Insulintherapie	**Schulung 1:** MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbst-Management für Typ 2)	- Für nicht insulinpflichtige Diabetiker mit Übergewicht (und Hypertonus), wenn eine Verhaltensänderung durch das Programm wahrscheinlich ist. - Gruppen von 8 bis 10 Patienten	8 UE à 25,00 €	99198K	99198E
	Schulung 2: Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	- Für nicht insulinpflichtige Diabetiker - Gruppen bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	99194K	99194E
DMP KHK-Teilnehmer mit Typ 2-Diabetes mit Insulintherapie	**Schulung 3:** Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	- Für insulinpflichtige Diabetiker - Gruppen bis zu 8 Patienten	5 UE à 25,00 €	99195K	99195E
	Schulung 4: Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	- Für insulinpflichtige Diabetiker, die Normalinsulin spritzen - Gruppen bis zu 8 Patienten	5-6 UE à 25,00 €	99197K	99197E
	Schulung 5: Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie	- Für Diabetiker, die eine intensivierte Insulintherapie haben - Gruppen bis zu 6 Patienten	12 UE à 25,00 €	99196K	99196E
DMP KHK-Teilnehmer mit Schulungsanlass Hypertonie	**Schulung 6:** Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	- Für Diabetiker mit Hypertonus (und Übergewicht), die nicht schon Medias 2 Schulung erhalten haben - Gruppen bis zu 10 Patienten	4 UE à 20,00 €	99199K	99199E
		-			
DMP KHK Teilnehmer mit oraler Gerinnungs-hemmung	**Schulung 8:** Schulungs- und Behandlungsprogramm „Orale Gerinnungshemmung“ (SPOG)	- Für DMP-Teilnehmer mit oraler Gerinnungshemmung, die die Indikation im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (PG 21) erfüllen und eine Genehmigung der Krankenkasse vorweisen. - Gruppen bis zu 4 Patienten	4 UE à 25,00 €	95517K	95517E

Teilnehmende BKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm BKKMedPlus KHK in Hamburg

Stand: 17.02.2026

Haupt-IK	Name der BKK	Straße	PLZ	Ort
108534160	Audi BKK	Etlinger Str. 70	85057	Ingolstadt
109938503	BAHN-BKK	Franklinstr. 50	60486	Frankfurt
103725342	Bertelsmann BKK	Carl-Miele-Str. 214	33311	Güterloh
102122660	BKK 24	Sülbecker Brand 1	31683	Obernkirchen
105530444	BKK B. Braun Aesculap	Grüne Str. 1	34212	Melsungen
106431572	BKK der G. M. PFAFF AG	Pirmasenser Str. 132	67655	Kaiserslautern
104224634	BKK Deutsche Bank AG	Königsallee 45-47	40212	Düsseldorf
103724294	BKK Diakonie	Königsweg 8	33617	Bielefeld
103724249	BKK_Dürkopp Adler	Stieghorster Str. 66	33605	Bielefeld
104125509	BKK Euregio	Boos-Fremary-Str. 62	52525	Heinsberg
102429648	BKK EWE	Staulinie 16-17	26122	Oldenburg
102122557	BKK exklusiv	Zum Blauen See 7	31275	Lehrte
103121137	BKK firmus	Gottlieb-Daimler Str. 11	28237	Bremen
103724272	BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER	Winterstraße 49	33649	Bielefeld
105530331	BKK Herkules	Fünffensterstr. 5	34117	Kassel
108833674	Koenig & Bauer BKK	Friedrich-Koenig-Str. 4	97080	Würzburg
108934142	BKK KRONES	Bayerwaldstr. 2 L	93073	Neutraubling
105830517	BKK Linde	Konrad-Adenauer-Ring 33	65187	Wiesbaden
103726081	bkk melitta hmr	Marienstr. 122	32425	Minden
105230076	BKK Merck	Frankfurter Str. 129	64293	Darmstadt
103725364	BKK Miele	Carl-Miele-Str. 29	33332	Gütersloh
107835333	BKK MTU	Hochstraße 40	88045	Friedrichshafen
101520078	Mobil Krankenkasse	Burggrafstr. 1	29221	Celle
106431652	BKK Pfalz	Lichtenbergerstr. 16	67059	Ludwigshafen
105723301	BKK PricewaterhouseCoopers	Burgstr. 1-3	34212	Melsungen
108591499	BKK ProVita	Münchner Weg 5	85232	Bergkirchen
101931440	BKK Publik	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
101922757	BKK Salzgitter	Thiestr. 15	38226	Salzgitter
109723913	mkk - meine krankenkasse	Prenzlauer Allee 96	10409	Berlin
103526615	BKK VDN	Rosenweg 15	58239	Schwerte
107832012	BKK VerbundPlus	Zeppelinring 13	88400	Biberach
104526376	VIACTIV Krankenkasse	Suttner-Nobel-Allee 3-5	44803	Bochum
105734543	BKK Wirtschaft & Finanzen	Bahnhofstr. 19	34212	Melsungen
108036577	BKK WÜRTH	Gartenstraße 11	74653	Künzelsau
107829563	ZF BKK	Otto-Lilienthal-Str. 10	88046	Friedrichshafen
109034270	BMW BKK	PF 1533	84126	Dingolfing
108036123	Bosch BKK	Kruppstraße 19	70469	Stuttgart
103523440	Continentale BKK	Sengelmannstr. 120	22335	Hamburg
108030775	Mercedes-Benz BKK	Mercedesstr. 120	70372	Stuttgart
106329225	Debeka BKK	Im Metternicher Feld 40	56072	Koblenz
104926702	Bergische Krankenkasse	Heresbachstr. 29	42719	Solingen
102129930	energie-BKK	Oldenburger Allee 24	30659	Hannover
105732324	Ernst & Young BKK	Rotenburger Str.	34212	Melsungen
103724238	Heimat Krankenkasse	Herforder Straße 23	33602	Bielefeld
108035612	mhplus Krankenkasse	Frankstr. 8	71636	Ludwigsburg
104491707	Novitas BKK	Schifferstr. 92-100	47059	Duisburg
106492393	pronova BKK	Rheinallee 13	67061	Ludwigshafen
105823040	R+V BKK	Kreuzberger Ring 21	65205	Wiesbaden
105330168	Salus BKK	Siemensstr. 5a	63263	Neu-Isenburg
108433248	SBK Siemens-Betriebskrankenkasse	Ganghoferstraße 29	80339	München
107536262	vivida bkk	Spittelstr. 50	78056	Villingen-Schwenningen
101320032	SECURVITA BKK	Lübeckertordamm 1-3	20099	Hamburg
108833505	SKD BKK	Schultesstr. 19a	97421	Schweinfurt
102137985	TUI BKK	Karl-Wiechert-Allee 23	30625	Hannover
108036441	WMF BKK	Eberhardstraße	73312	Geislingen

Teilnehmende IKKn

Strukturiertes Behandlungsprogramm KHK in Hamburg

Stand: 01.01.2025

Haupt-IK	Name der IKK	Straße	PLZ	Ort
103501080	BIG direkt gesund	Rheinische Straße 1	44137	Dortmund
109303301	IKK Südwest	Europaallee 3 - 4	66113	Saarbrücken
100602360	IKK Brandenburg und Berlin	Ziolkowskistr. 6	14480	Potsdam
101202961	IKK gesund plus	Umfassungsstraße 85	39124	Magdeburg
101300129	IKK - Die Innovationskasse	Lachswehrallee 1	23558	Lübeck
107202793	IKK classic	Tannenstraße 4b	01099	Dresden