Vertrag

zur Durchführung des

strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK)

(in der geänderten Fassung ab 01.04.2021)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Spitzer

der IKK classic

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Chemnitz

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse

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 Sachsen

auf der Grundlage des § 83 SGB V

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen ... **4**

Präambel ... **6**

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich ... **7**

§ 1 Ziele des Vertrages ... 7
§ 2 Geltungsbereich ... 7

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer ... **8**

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) ... 8
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors ... 10
§ 4a Teilnahme der Krankenhäuser ... 12
§ 4b Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ... 12
§ 5 Teilnahmeerklärung ... 12
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen ... 13
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme ... 13
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse ... 14

Abschnitt III – Versorgungsinhalte ... **15**

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK ... 15

Abschnitt IV – Qualitätssicherung ... **15**

§ 10 Grundlagen und Ziele ... 15
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren ... 16
§ 12 Maßnahme bei Verstoß gegen die Ziele des Programms ... 16

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten ... **17**

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen ... 17
§ 14 Information und Einschreibung ... 18
§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ... 19
§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme ... 19
§ 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes ... 20
§ 18 Versichertenverzeichnis ... 20

Abschnitt VI – Schulungen ... **20**

§ 19 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte ... 20
§ 20 Versicherte ... 21

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Vertragsärzte und Einrichtungen und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben ... **21**

§ 21 Aufgaben der Datenstelle ... 21
§ 22 Erst- und Folgedokumentationen ... 22
§ 23 Datenfluss zur Datenstelle ... 23
§ 24 Datenzugang ... 23
§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle ... 24

Abschnitt VIII – Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkasse, KVS und Gemeinsamer Einrichtung ... **24**

§ 26 Datenfluss ... 24
§ 26a Datenverwendung ... 24
§ 27 Datenzugang ... 24

§ 28 Datenaufbewahrung und –löschung durch Krankenkasse, KVS und Gemeinsamer Einrichtung 25

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung 25

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft 25
§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft 25
§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung 25
§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung 25

Abschnitt X – Evaluation 26

§ 33 Evaluation 26

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung 26

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen 26
§ 35 Sondervergütung 27

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen 29

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz 30
§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen 30
§ 38 Laufzeit und Kündigung 30
§ 39 Schriftform 30
§ 40 Salvatorische Klausel 31

Übersicht Anlagen 31

Erläuterungen

- Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „KHK“ ist die Koronare Herzkrankheit.
- „Vertragsärzte“ Ärzte, bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ gemäß § 95 SGB V angestellte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und Vertragsärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V und in ermächtigten Einrichtungen.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum bzw. sind die Medizinischen Versorgungszentren.
- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.
- „Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. § 3 und die Fachärzte i. S. d. § 4 sowie Krankenhäuser i. S. d. § 4 a und Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 4 b, sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- „Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3.
- „Facharzt“ ist ein Leistungserbringer i. S. d. § 4.
- „Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4a
- „Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 4b
- „qualifizierte/r Arzt oder Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 5 Ziffer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 31, 32.
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 29, 30.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21.
- „Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 6 der DMP-A-RL“ werden elektronisch erstellt und enthalten die in den Anlagen Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Krankenkassen“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände.
- „KVS“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.
- „Vertragspartner“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen, deren Verbände und die KVS
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „GKV“ ist die gesetzliche Krankenversicherung.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „EBM“ ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für Ärzte.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes.
- „(N)BSNR“ ist die Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer des Vertragsarztes.
- „Multimorbiditätsvertrag“ ist der Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V
- „DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „BDSG“ ist das Bundesdatenschutzgesetz

Die rechtlichen Grundlagen bzw. Verträge 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.

Präambel

Die Koronare Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt) ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die KHK eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser KHK-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden.

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease Management Programme - DMP - genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden. Grundlage dieser Programme sind die jeweils geltenden Regelungen der RSAV sowie die DMP-A-RL in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 i. V. m. § 137f SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit KHK.

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

(1) Ziel des Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK. Die an diesem Vertrag nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Vertragsärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP KHK in der Region der KVS hin.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und der DMP-A-RL festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Ziffer 1.3 der DMP-A-RL an:

1. Reduktion der Sterblichkeit,
2. Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
3. Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigung und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele werden individuelle Therapieziele, z. B. in Bezug auf Blutdruck, Gewicht, Nikotinverzicht, körperliche Aktivität, Ernährung sowie Stoffwechselparameter gemeinsam mit den Patienten vereinbart. Im Rahmen der Verlaufskontrolle sollen die individuell vereinbarten Therapieziele überprüft und wenn notwendig angepasst werden.

(3) Zur Förderung der Adhärenz soll eine patientenzentrierte Vorgehensweise beitragen. Dabei wird mit dem Patienten vor Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen ausführlich über die Erkrankung, die möglichen Maßnahmen und deren Auswirkungen, sowie über möglich zielführende Verhaltensoptionen des Patienten selbst gesprochen. Entscheidungen über die jeweiligen Behandlungsschritte sollen im Gespräch mit dem informierten Patienten, auf Basis einer auf den Patienten abgestimmten, neutralen Informationsvermittlung erfolgen. Ein angemessenes Eingehen auf die psychosoziale Situation und emotionale Befindlichkeit des Patienten soll erfolgen. Dabei ist auch das Recht des Patienten, eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht in Anspruch zu nehmen, zu berücksichtigen. Auf die Möglichkeit der Unterstützung durch geeignete flankierende Maßnahmen (z. B. Selbsthilfe) wird hingewiesen.

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

1. Vertragsärzte in der Region der KVS, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus die-

sem Vertrag ergebenden Pflichten durch die am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVS darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVS, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KVS informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

4. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden BKK, die einen nach diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsarzt gemäß Ziffer 1 in Sachsen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt durch die jeweilige BKK.

(2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1, Nr. 3 und 4 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, sofern der Versicherte seinen Wohnort außerhalb Sachsens hat und soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(3) Dieser Vertrag gilt in Bezug auf die vereinbarten Sondervergütungen nach § 35 Abs. 1 für Versicherte, soweit sie nicht noch an einem anderen DMP im Rahmen des Multimorbiditätsvertrages teilnehmen.

(4) Grundlage dieses Vertrages sind die Regelungen und Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentationen betreffen, entsprechen wörtlich den Anlagen 5 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

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

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.

(2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Koronarer Herzkrankheit einen zugelassenen oder ermächtigten kardiologisch qualifizierten Facharzt oder eine kardiologisch qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen, wenn der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm gemäß § 3 und § 4 dieses Vertrages teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn deren besondere Qualifikation für eine Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht. Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen.

(3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparativ-technische Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung 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 Vertragsarzt bzw. der ärztliche Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Der Beginn und das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Vertragsarzt bzw. dem Leiter des MVZ unverzüglich mithilfe des in der Anlage 5 beigefügten Formulars mitgeteilt.

(5) Eine dauerhafte Betreuung im Sinne von § 3 Abs. 2 Satz 3 liegt dann vor, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt mindestens 12 Monate betreut worden ist.

Die Voraussetzungen für eine vorübergehende oder dauerhafte Betreuung im fachärztlichen Sektor entsprechend § 3 Abs. 2 Satz 3 liegen vor, soweit die Betreuung des Patienten in diesem Bereich aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Dies gilt beispielsweise bei Patienten, für die nach Feststellung des hausärztlich tätigen Arztes zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung oder zur Vermeidung zunehmender Angina-Pectoris-Beschwerden und neu auftretender Herzinsuffizienz aus gesundheitlichen Gründen eine vorübergehende Betreuung beim kardiologisch qualifizierten Facharzt bzw. bei einer kardiologisch qualifizierten Einrichtung notwendig ist, z. B. auch bei medizinischer Notwendigkeit nach Krankenhausaufenthalt oder nach Aufenthalt in einer kardiologischen Rehabilitationseinrichtung. Soweit die Notwendigkeit einer fachärztlichen Betreuung des eingeschriebenen DMP-Patienten nicht mehr vorliegt, ist dieser unverzüglich an einen am DMP teilnehmenden Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungssektors im Rahmen eines Arztwechsels nach § 17 dieses Vertrages zur weiteren Betreuung im Rahmen des Strukturierten Behandlungsprogrammes zu überweisen.

(6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (koordinierender Vertragsarzt) gehören insbesondere:

1. die kontinuierliche Betreuung der Patienten mit KHK entsprechend dem Versorgungsauftrag,
2. die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren internistischen DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,
3. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere die vertraglich eingebunden sind, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
4. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie sowie eines strukturierten Medikamentenmanagements bei Multimedikation gemäß DMP-A-RL Anlage 5 Nr. 1.5.4 unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
6. die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP A-RL genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2 „Strukturqualität

fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Strukturqualität für andere Leistungserbringer“ vorzunehmen.

Dies gilt auch für den Fall, dass die Diagnose einer KHK nicht aufgrund der Vorgeschichte des Patienten oder nicht mit den nach Anlage 5 Ziffer 1.2 der DMP-A-RL beschriebenen diagnostischen Möglichkeiten und der notwendigen hohen Wahrscheinlichkeit im hausärztlichen Versorgungsbereich nach § 3, Abs. 2, Satz 1 weder ermittelt noch ausgeschlossen werden kann und weitere nicht-invasive Maßnahmen notwendig werden. In dem vorgenannten Fall ist auf dem Überweisungsschein im Feld Verdachtsdiagnose die Kennzeichnung „Abklärung DMP-KHK“ zu vermerken. Im Übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

8. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in die nächstgelegene geeignete, am DMP-KHK teilnehmende stationäre Einrichtung entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnis-stationär“ unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur und der individuellen Patienteninteressen vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jede für die weitere Behandlung geeignete stationäre Einrichtung erfolgen,
9. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
10. falls vorhanden, Eintragungen in das Patientendokument, z. B. in das Arztbuch des Hausärzteverbandes,
11. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen mit der Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die vorbenannten Ziffern 1 bis 11 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

(7) Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitionsauftrag/Zielauftrag) zur Erbringung von bestimmten Leistungen, z. B. einer DMP-Schulung, an andere Leistungserbringer, so haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind. Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur Mit-/Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entsprechenden Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

§ 4
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

(1) Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.

(2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind kardiologisch qualifizierte fachärztlich tätige Internisten oder Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie - im Folgenden „Fachärzte“ genannt - wenn sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Strukturqualität der Vertragsärzte, die einen Neu-Antrag stellen, muss zu Beginn der Teilnahme nachgewiesen werden. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Vo-

raussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(3) Sollen die 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 KVS nach. Der Beginn und das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. MVZ mithilfe des in der Anlage 5 beigefügten Formulars unverzüglich mitgeteilt.

(4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10, einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 3 „Strukturqualität für andere Leistungserbringer“ gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb einer Woche. Dabei sind therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 je Behandlungsfall ebenfalls therapierelevante Informationen zu übermitteln.
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in die nächstgelegene am DMP KHK teilnehmende stationäre Einrichtung entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnis-stationär“ unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur und der individuellen Patienteninteressen vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jede für die weitere Behandlung geeignete stationäre Einrichtung erfolgen.
7. bei Überweisung an andere Leistungserbringer sind therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln, einzufordern und zu dokumentieren,
8. die Prüfung der Notwendigkeit einer invasiven Diagnostik und Therapie und deren Durchführung.
9. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen mit der Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4a
Teilnahme der Krankenhäuser

Die Krankenkassen bzw. deren Verbände binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, nachzuweisen, dass gesondert vertraglich vereinbarte Anforderungen an die Strukturqualität zu Beginn der Teilnahme erfüllt sind. Zudem sind bei der Behandlung der Patienten u. a. die medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu beachten. Die Teilnahme der Krankenhäuser ist freiwillig.

§ 4b
Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenkassen binden mindestens eine Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen werden verpflichtet, die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL zu beachten und die fachliche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose KHK sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (der Deutschen Rentenversicherung bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

Was die Einbindung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen/den Herzsport betrifft, wird auf die im Freistaat Sachsen gültige Rahmenvereinbarung bzw. die gültige Rahmenempfehlung verwiesen.

§ 5
Teilnahmeerklärung

(1) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. des zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 5 beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

(2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

(3) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den für ihn ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft sowie den Krankenkassen bzw. deren Verbänden und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 und die Krankenkassen bzw. deren Verbände im Rahmen dieses DMP die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Vertragsarzt die Arbeitsgemeinschaft nach § 29, in seinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Er wird dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

(4) Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V erklären ihre Teilnahme direkt gegenüber den Krankenkassen. Die Erklärung ist bei der AOK PLUS einzureichen.

§ 6
Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

(1) Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4 und die Schulungsberechtigungen entsprechend den Anforderungen der Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Abs. 4 Satz 1 und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes.

(2) Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen von Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V erfolgt durch die Krankenkassen.

§ 7
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Vertragsarztes am Programm beginnt, vorbehaltlich der Teilnahmebestätigung, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Die Genehmigung der KVS zur Teilnahme gemäß § 3 Abs. 1 bzw. § 4 Abs. 1 wird schriftlich erteilt.

(2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KVS) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KVS informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

(3) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.

(4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVS.

(5) Die Teilnahme des Vertragsarztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.

(6) Für Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V übernehmen die in den Absätzen 1 bis 4 genannten Aufgaben der KVS die Krankenkassen.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer 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 5 beigefügten Formular nachzuweisen.

(8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 und 2 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ bzw. „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

(9) Sollten Dokumentationen von einzelnen Ärzten erstellt werden, die ihre Teilnahme am entsprechenden DMP noch nicht erklärt haben, besteht innerhalb der für die Dokumentation geltenden Übermittlungsfristen noch Zeit, eine Teilnahmeerklärung einzureichen. Eine Erstdokumentation kann allerdings frühestens mit dem Datum der Teilnahmeerklärung des Arztes RSA-Wirksamkeit erlangen.

§ 8
Leistungserbringerverzeichnisse

(1) Die Krankenkassen erhalten von der KVS ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär“ bei Vertragsbeginn und bei jeder relevanten Änderung. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KVS stellt für die Vertragsärzte und die AOK PLUS stellt für Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V der Datenstelle die für die Erstellung des Verzeichnisses benötigten Grunddaten zur Verfügung. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK PLUS stellt auch der KVS das Verzeichnis der teilnehmenden Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V zur Verfügung.

(2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- Postanschrift der Praxis/Einrichtung,
- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer und
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.

(3) Das Verzeichnis nach Abs. 1, welches um die nach Abs. 2 genannten Inhalte erweitert ist, stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

(4) Die Krankenkassen führen entsprechend der Anlage 6 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär“ ein Verzeichnis der nach §§ 4a und 4b teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Leistungserbringerverzeichnis stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung für die Krankenhäuser, mit denen bereits eine vertragliche Bindung besteht zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten mit jeder Änderung zur Verfügung gestellt. Dazu übermittelt die AOK PLUS bei jeder Änderung im Auftrag der Krankenkassen dieses Verzeichnis in maschinenlesbarer Form an die Datenstelle nach § 21 und an die KVS. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK PLUS stellt dieses Verzeichnis im Auftrag der Krankenkassen auch den am DMP KHK teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei Teilnahmebeginn und nachfolgend bei jeder Änderung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(5) Die Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KVS und
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten - insbesondere bei Neueinschreibung - durch die Krankenkasse und
3. den am Vertrag teilnehmenden Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände

zur Verfügung gestellt.

(6) Die Leistungserbringerverzeichnisse können zudem in einem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm KHK“ veröffentlicht werden.

Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 5 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ erteilt.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

(1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP KHK sind in der Anlage 4 „Versorgungsinhalte“ definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen wortgleich der Anlage 5 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Leistungserbringer verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5, insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Diagnostik und Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Spielraum nicht ein.

(2) Die Vertragspartner stimmen überein, die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuellen Anlage 4 "Versorgungsinhalte" des DMP-Vertrages, nach Abs. 1, zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(3) Die teilnehmenden Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich von der KVS über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Die teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, die Versorgung entsprechend anzupassen.

(4) Die Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V werden dazu durch die Krankenkassen bzw. deren Verbände informiert.

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10
Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

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

§ 11
Maßnahmen und Indikatoren

(1) Zur Erreichung der in § 10 Abs. 1 festgelegten Qualitätsziele dienen sowohl Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten, die von der Gemeinsamen Einrichtung durchgeführt werden, als auch strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen, deren Verlaufsdokumentation auch Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält. Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sollen insbesondere folgende Maßnahmen auf der Grundlage der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m Anlage 6 DMP-A-RL eingesetzt werden:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte durch die Krankenkassen und Vertragsärzte durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 für die teilnehmenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die Krankenkassen,
4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte durch die KVS und die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 sowie der eingeschriebenen Versicherten und Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V durch die Krankenkassen.

Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL ergeben.

(2) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder der Fachpresse).

§ 12
Maßnahme bei Verstoß gegen die Ziele des Programms

(1) Im Rahmen dieses DMP werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses DMP beauftragten Leistungserbringer gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.

(2) Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden insbesondere folgende Maßnahmen ergriffen:

1. keine Vergütung von unvollständigen/unplausiblen/verfristeten Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrekturen bereits erfolgter Vergütungen,
2. Aufforderung durch die Gemeinsame Einrichtung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
3. auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach einvernehmlicher Abstimmung mit den anderen Vertragspartnern, Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KVS. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
4. Hält der Vertragsarzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVS nach einvernehmlicher Abstimmung mit

den Vertragspartnern (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V - Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte können auf freiwilliger Basis am DMP KHK teilnehmen, sofern die nachfolgenden allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer 3.1 der Anlage 5 der DMP-A-RL erfüllt sind:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Ziffer 1.2 (Diagnostik) der Anlage 5 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,

- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und

- die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung, insbesondere darüber, dass Befunddaten an ihre Krankenkasse übermittelt werden und von dieser im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet werden können und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sie im Einzelnen:

- die Programm- und Versorgungsziele kennen und an ihrer Erreichung mitwirken werden,
- die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
- auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,
- über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
- über die mit ihrer Teilnahme an dem Programm verbundene Verarbeitung ihrer Daten sowie die Dauer der Aufbewahrung informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeiten einer Übermittlung von Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung im Rahmen des DMP und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können.

(3) Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind erfüllt, wenn die gesicherte Diagnose KHK gemäß den Vorgaben in Ziffer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL vorliegt.

(4) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er, sofern für dieses Programm ein akkreditiertes Behandlungsprogramm vorliegt, auch an mehreren DMP teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP Chronische Herzinsuffizienz und am DMP Koronare Herzkrankheit ist nicht möglich.

Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.
Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2020 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Abs. 2 SGB V in ein DMP chronische Herzinsuffizienz eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

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

§ 14
Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL sowie § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere entsprechend den Anlagen 7 bis 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, „Datenschutzinformation“ und „Patientenmerkblatt“, umfassend über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Ziffer 3 der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt informiert entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL sowie § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV seine nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

(3) Für die rechtswirksame Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten. Insbesondere erklärt der koordinierende Vertragsarzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann,

2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt.

(4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt nach § 3 oder § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle entsprechend § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

(5) Versicherte, die an mehreren DMP mit internistischen Diagnosen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes.

(6) Versicherte können auch bei ihrer Krankenkasse die Bereitschaft zur Teilnahme am DMP erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von seiner Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(7) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten am DMP.

§ 15
Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL sowie § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerverarbeitung –sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme und Einwilligungserklärung für Versicherte gemäß der Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten“ zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt einmalig mit seiner Unterschrift in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Abschnitte Datenschutzinformation und Patienteninformation der Anlage 7 verbleiben beim Versicherten.

§ 16
Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 und Abs. 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 7.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder die Einwilligung jederzeit gegenüber der Krankenkasse (nach deren Erfordernissen) widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten bei der Krankenkasse.

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag

1. der Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung des Programms nach § 137g Abs. 3 SGB V,
2. der Kündigung der Teilnahme mit Zugang der den Erfordernissen der jeweiligen Krankenkasse genügenden Kündigung bei der Krankenkasse, sofern der Versicherte bei seiner Kündigung keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
3. des Widerrufs der Einwilligungserklärung mit Zugang des Widerrufsschreibens bei der Krankenkasse,
4. des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelung des § 24 Abs. 3 RSAV,
5. der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
6. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Folgedokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind und

7. der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

(4) Die Krankenkasse beendet die Teilnahme des Versicherten bei Vorliegen einer der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum).

(5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Vertragsarzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

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

§ 17
Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation gemäß Anlage 9 „Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Vertragsarztes.

(2) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist verpflichtet, mit Einwilligung des Versicherten, die bisherigen Dokumentationen des Versicherten an den neu gewählten Vertragsarzt zu übermitteln.

(3) Bei einem Arztwechsel hat der neue koordinierende Vertragsarzt eine neue DMP-Fallnummer gemäß § 23 Abs. 1 zu vergeben.

§ 18
Versichertenverzeichnis

Die Vertragspartner können die Umsetzung eines Versichertenverzeichnisses vereinbaren. Die Anforderungen und Inhalte des Versichertenverzeichnisses sind in einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und der KVS geregelt. Es steht den Krankenkassen frei, dieser Vereinbarung beizutreten.

Abschnitt VI – Schulungen

§ 19
Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

(1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte richtlinienkonform über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

(2) Die Fortbildungen der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen zielen unter anderem auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 5 der DMP-A-RL ab. Die Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte sind in den Anlagen 1 und 2 dieses Vertrages geregelt.

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVS nachzuweisen.

(4) Fortbildungsbestandteile, die bei der Fortbildung der Vertragsärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20
Versicherte

(1) Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der Patienteninformation – bestehend aus dem Patientenmerkblatt, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten und der Datenschutzinformation - ihre Versicherten im Sinne der Anlage 5, Ziffer 3 der DMP-A-RL über Ziele und Inhalte des DMP KHK sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.

(2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm gemäß Anlage 10 „Patientenschulung“. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen. Sollte dennoch eine Nachschulung notwendig sein, ist ein Antrag auf Nachschulung bei der Gemeinsamen Einrichtung zu stellen.

(3) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 10 „Patientenschulung“ genannten Schulungsprogramme genutzt. Es werden nur die Schulungsprogramme in der jeweils gültigen und vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage durchgeführt.

(4) Zur Patientenschulung berechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß der Anlage 10 „Patientenschulung“ hierzu befähigt sind und gemäß § 6 überprüft wurden. Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entsprechend § 6 durch die KVS.

(5) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 10 „Patientenschulung“ sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL einzubeziehen. Der mit der Patientenschulung beauftragte Vertragsarzt ist verpflichtet, auf die gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen. Bei den angebotenen Patientenschulungen werden im Rahmen dieses Vertrages nur Inhalte vermittelt, die der DMP-A-RL entsprechen.

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

§ 21
Aufgaben der Datenstelle

(1) Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und die Arbeitsgemeinschaft gemäß § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit

1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL in elektronischer Form gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,

2. der Erfassung der Dokumentationsdaten nach der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie der Information von Krankenkassen bzw. deren Verbänden und Gemeinsamer Einrichtung über die Ergebnisse der Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Dokumentationen,
4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Krankenkasse,
6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,
7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
8. die Archivierung und Löschung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL gemäß § 25 dieses Vertrages sowie
9. der Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

(2) Das Nähere regeln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden.

(3) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vollmacht in Vertretung zwischen Arbeitsgemeinschaft sowie den Krankenkassen und der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit:

1. der Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL entsprechend § 25 Abs. 2 Satz. 1 der RSAV.

(4) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden koordinierenden Vertragsärzten und Einrichtungen gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22
Erst- und Folgedokumentationen

(1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (3 oder 6 Monate) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

Bei einem Dokumentationszeitraum von 3 Monaten ist die Dokumentation einmal je Quartal zu erstellen. Bei einem Dokumentationszeitraum von 6 Monaten ist die Dokumentation jedes 2. Quartal zu erstellen.

§ 23
Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 koordinierende Vertragsarzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 9 “Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ sowie
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 9 „Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP-Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Onlineportal zu erfassen und die Dokumentationen verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst regelmäßig, vorzugsweise monatlich, jedoch spätestens zehn Kalendertage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes gemäß § 25 Abs. 2 Nr. 1 a) RSAV elektronisch (z. B. per E-Mail, Online) an die Datenstelle zu übermitteln sowie

3. bei Einschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 nach der Unterzeichnung dieser durch ihn selbst und den Versicherten spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiterzuleiten.

Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neue koordinierende Vertragsarzt nach § 3 nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL diese entsprechend Abs. 1 Pkt. 2 an die Datenstelle.

Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiterverwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom koordinierenden Vertragsarzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden und ist über den gesamten Behandlungsverlauf beizubehalten.

(2) Der koordinierende Vertragsarzt stellt bei der elektronischen Datenübermittlung die akkreditierten Verfahrensvorgaben sicher. Das genaue Procedere bei der elektronischen Datenübermittlung ist in einer gesonderten Vereinbarung zum Datenstellenvertrag geregelt.

(3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig mit seiner Unterschrift in die Datenübermittlung ein und wird schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 9 „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ unterrichtet. Dazu erhält er von seinem koordinierenden Vertragsarzt auf Wunsch einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24
Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

§ 25
Datenaufbewahrung und –löschung innerhalb der Datenstelle

Die im Rahmen des Programms elektronisch übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KVS und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2 b DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

Abschnitt VIII – Datenfluss über die Datenstelle zu Krankenkasse, KVS und Gemeinsamer Einrichtung

§ 26
Datenfluss

(1) Bei Ersteinschreibung übermittelt die Datenstelle die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die dort erfassten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 (Erstdokumentation) der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

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

(4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Gültigkeitsinformation der Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug an die KVS zur Abrechnungsprüfung.

§ 26a
Datenverwendung

Die nach § 21 Abs. 1 Nr. 5 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden von der Krankenkasse ausschließlich für folgende Zwecke genutzt:

1. schriftliche Information von Versicherten zur Erinnerung an die Wahrnehmung notwendiger Termine bei Ausbleiben der Folgedokumentation,
2. ergänzende individuelle und anlassbezogene Information der Versicherten, deren Verlaufsdokumentationen Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprogramms durch den Versicherten beinhalten sowie allgemeine Informationen über die Krankheit, deren Zusammenhänge und Folgen sowie für Beratungs- und Schulungsangebote. Die ergänzenden und anlassbezogenen Informationen erfolgen nur im Rahmen der festgelegten Maßnahmen und Ziele der Anlage 8 „Qualitätssicherung “,
3. Beendigung der Teilnahme gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

§ 27
Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVS und an das DMP-Datenzentrum der Krankenkasse übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

§ 28
Datenaufbewahrung und –löschung durch Krankenkasse, KVS und Gemeinsame Einrichtung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von der Krankenkasse, der KVS und der Gemeinsamen Einrichtung gemäß den jeweils gültigen Vorgaben der Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V aufbewahrt und innerhalb der gesetzlich gültigen Zeiträume gelöscht bzw. vernichtet. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß §5 Abs. 2a und 2d DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente.

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP eine Arbeitsgemeinschaft gemäß § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und diese dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

(2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31
Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikation sowie für weitere DMP die Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß § 2 und der Evaluation gemäß § 6 der DMP-A-RL gebildet. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 32
Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten, die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. eine Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL und
5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSG-VO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

(3) Autorisierte Mitarbeiter der Gemeinsamen Einrichtung haben im Rahmen des § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung, einschließlich Korrespondenzen, Feedbackberichte usw.

Abschnitt X – Evaluation

§ 33
Evaluation

(1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL sowie Ziffer 5 Anlage 5 der DMP-A-RL.

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34
Vertragsärztliche Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des EBM und sind mit der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a SGB V mit der KVS abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 73 und 75 SGB V bleibt unberührt.

§ 35
Sondervergütung
[in Verbindung mit dem Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP]

(1) Für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß der Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“ sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99320A	25,00 EUR
Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99320B	15,00 EUR

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP KHK entschließt. Für den Fall, dass ein Versicherter an mehreren DMP im weiteren Sinne teilnimmt, kommt der gesonderte Vertrag zur "Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V" zur Anwendung.

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Weiterführende Abrechnungen nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation sind damit ausgeschlossen.

1. Die Abrechnungsnummer 99320A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nummer 99320A schließt eine Abrechnung der Nummer 99320B im gleichen Quartal aus.
2. Die Abrechnungsnummer 99320B ist durch Vertragsärzte nach § 3 grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17):
   a) einmal im Quartal je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) jedes Quartal angegeben hat,
   b) einmal in zwei Quartalen je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- und Folgedokumentation) jedes zweite Quartal angegeben hat.

(2) Die Datenstelle nach § 21 übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag) in der alle vollständig, plausibel sowie fristgemäß elektronisch übermittelten Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug sowie die ungültigen und unplausiblen Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug enthalten sind.

Diese Aufstellung der Datenstelle ist Grundlage für die Prüfung der abgerechneten Erst- und Folgedokumentationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Erst- und Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.

Die KVS stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten gemäß § 3 in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.

(3) Im Rahmen der erstmaligen Diagnostik und der besonderen Beratungsleistungen im Rahmen des DMP KHK beim kardiologisch qualifizierten Facharzt für die in das DMP Koronare Herzkrankheit eingeschriebenen Patienten werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung einmalig pro Patient an eingeschriebene Ärzte des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 wie folgt vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer	Vergütung
Im Rahmen der erstmaligen Diagnostik • für eine umfassende Beratung des Versicherten zu den fachärztlichen Leistungen im Rahmen des DMP Koronare Herzkrankheit, • die individuelle Abschätzung des Myokardrisikos des Patienten, • die umfassende Beratung zu möglichen interventionellen kardiologischen Maßnahmen und zu damit verbundenen Nutzen und Risiken für den Patienten.	99320C	45,00 EUR

Diese Pauschale (99320C) ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP KHK (spätestens im Folgequartal) gebunden.

(4) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 10 „Patientenschulung“ geregelt. Die am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzte können die Durchführung der Diabetes-Schulungen und Hypertonie-Schulungen als Auftragsleistung an die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden und zur Schulung berechtigten Vertragsärzte übertragen. Die Abrechnung dieser als Auftragsleistung durchgeführten Schulungen erfolgt gemäß § 3 Abs. 7 dieses Vertrages. Sofern eine Patientenschulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (1 UE = 90 min bzw. 90 min bis 120 min bei SPOG) vergütet.

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für Schulung	Abrechnungsnummer für genehmigte Nachschulung	Vergütung
Hypertonie-Schulung	99325A	99326A	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99325A je Versicherten	99325S		9,00 EUR
Jüngere Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin benötigen (Typ 2.1)	99325B	99326B	26,00 EUR
Ältere Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin benötigen (Typ 2.2)	99325C	99326C	6,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99325B und Nr. 99325C je Versicherten	99325T		9,00 EUR
Jüngere Typ 2 Diabetiker mit Insu-	99325E	99326E	26,00 EUR

lin (Typ 2.1)			
Ältere Typ 2 Diabetiker mit Insulin (Typ 2.2)	99325F	99326F	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99325E und Nr. 99325F je Versicherten	99325U		9,00 EUR
MEDIAS 2 ICT (Typ 2.1 und 2.2)	99325I	99326I	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99325I je Versicherten	99325V		9,00 EUR
Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)	99325G	99326G	26,00 EUR

Identische Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig. Sofern der Versicherte der am DMP KHK teilnimmt, ebenfalls im Rahmen der Diabetes-Vereinbarung Sachsen betreut wird, sind identische Schulungen beider Verträge ausschließlich im Rahmen des DMP KHK zu erbringen.

Die Abrechnung nachfolgend aufgeführter Schulungen/Abrechnungsziffern für denselben Patienten ist gegenseitig ausgeschlossen:

99325I, 99326I mit 99325E, 99326E, 99325F, 99326F
99325E, 99326E mit 99325I, 99326I, 99325F, 99326F
99325F, 99326F mit 99325I, 99325E, 99326I, 99326E
99325B, 99326B mit 99325C, 99326C
99325B, 99326B, 99325C, 99326C mit 99325E, 99326E, 99325F, 99326F, 99325I, 99326I

Die Schulungen sind je Patient grundsätzlich nur einmalig berechnungsfähig. Die vollen Unterrichtseinheiten (UE) gelten für ungeschulte Patienten. Die Vertragsärzte bestätigen mittels vorgegebenem Feld auf dem Schulungsnachweis (Anlage 11) den Schulungsstand des Patienten.

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien durch Änderung der Umsatzsteuer ändern, muss dieser angepasst werden.

Voraussetzung für die Vergütung der genannten Patientenschulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises entsprechend der Anlage 11 „Schulungsnachweis“ nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.

(5) Die KVS sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVS einen Nachweis im Rahmen des Formblatts 3 über die abgerechneten Leistungen, gegliedert bis zur Ebene 6.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 36
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

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

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

§ 37
Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

(1) Die KVS liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die Krankenkasse.

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

§ 38
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2021 in Kraft und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.

(3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.

(4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP, bei Wegfall oder Änderung einer DMP-Richtlinie des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass das Sonderkündigungsrecht bis zu zwei Quartale nach Inkrafttreten einer etwaigen Regelung, die den Wegfall oder die Änderung der RSA-Anbindung zum Inhalt hat oder nach Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung, ausgeübt werden kann.

§ 39
Schriftform

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

§ 40
Salvatorische Klausel

(1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten am Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

(2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
Anlage 3	Strukturqualität für andere Leistungserbringer
Anlage 4	Versorgungsinhalte Koronare Herzkrankheit
Anlage 5	Teilnahmeerklärung Vertragsarzt
Anlage 6	Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär
Anlage 7	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten inkl. Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt (indikationsübergreifend)
Anlage 8	Qualitätssicherung
Anlage 9	Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL
Anlage 10	Patientenschulung
Anlage 11	Schulungsnachweis

05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	IKK classic
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
05.03.2021	*gez.*
Ort, Datum	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen