Vertrag

zur Durchführung des

strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

(in der geänderten Fassung vom 01.04.2024)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
dieser vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger

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
Präambel

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors

§ 4a Teilnahme der Krankenhäuser

§ 4b Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen

§ 5 Teilnahmeerklärung

§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele

§ 11 Maßnahmen und Indikatoren

§ 12 Maßnahmen bei Verstoß gegen Ziele des Programms

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

§ 14 Information und Einschreibung

§ 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme

§ 17 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

§ 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

§ 19 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte

§ 20 Versicherte

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 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentationen

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang

§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung

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

§ 26 Datenfluss

§ 26a Datenverwendung

§ 27 Datenzugang

§ 28 Datenaufbewahrung und –löschung

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

§ 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vertragsärztliche Leistungen

§ 35 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

§ 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 38 Laufzeit und Kündigung

§ 39 Schriftform

§ 40 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

- §§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.
- „Vertragsärzte“ sind weibliche und männliche zugelassene 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.
- „Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte i. S. d. §§ 3 und 4 sowie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. §§ 4a und 4b sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen. „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.
- „Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein Leistungserbringer i. S. d. § 3.
- „Facharzt“ ist ein Leistungserbringer i. S. d. § 4.
- „Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß DMP-A-RL Nummer 1.6.1. und/oder 1.6.2. 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 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Dokumentationsdaten“ sind in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Krankenkassen“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände.
- „KVS“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- „GKV“ ist die gesetzliche Krankenversicherung.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „SVHV“ ist die Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung.
- „EBM“ ist der einheitliche Bewertungsmaßstab für Ärzte.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes
- „(N)BSNR“ ist die Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer
- „Multimorbiditätsvertrag“ ist der Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „BDSG“ ist das Bundesdatenschutzgesetz
- „DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung
- „elektronische“ Übermittlung von Daten oder Informationen – die Umsetzung der mit „*“ gekennzeichneten Vertragspassagen kann erst erfolgen, sofern die dafür erforderlichen,technischen Voraussetzungen geschaffen und zwischen den Vertragspartnern vertraglich vereinbart wurden

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 Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V optimiert werden. Daher schließen die Krankenkassen und die KVS folgenden Vertrag zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD). Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 1. Juli 2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Anlagen dieses Vertrags, die die Versorgungsinhalte sowie Dokumentationen betreffen, entsprechen der Anlage 11 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL.

Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorenübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei der COPD vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren, z.B. durch Aufgabe des Rauchens, die Vermeidung von auslösenden Faktoren und durch körperliches Training, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen des DMP Rechnung getragen.

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 COPD. Die an diesem Vertrag nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die hausärztlich tätigen Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Vertragsärzte und Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP COPD in der Region der KVS hin.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität. Entsprechend DMP-A-RL Anlage 11 Nummer 1.3 streben die Vertragspartner dieses Vertrages in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen folgende Ziele an:

Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheits-Beeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,

- einer raschen Progredienz der Erkrankung

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie;

- Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten

(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.

Darüber hinaus sind gemäß DMP-A-RL Anlage 11 Nummer 1.4 auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen und individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere der Raucherstatus, die Lungenfunktion (FEV_1, alle sechs bis zwölf Monate), Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen, körperliche Aktivität, der Ernährungszustand und die Komorbiditäten prognostisch relevant.

§ 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 diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine 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 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 Absatzes 1 Nr. 3 erfolgt im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, 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 in einem anderen DMP im Rahmen des Multimorbiditätsvertrages teilnehmen.

(4) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte sowie die Dokumentationen betreffen, entsprechen der Anlage 11 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

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

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

(2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies gegenüber der KVS nachweisen:

1. zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ und
2. in Ausnahmefällen gemäß Nummer 1.6.1 der Anlage 11 der DMP-A-RL zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von COPD qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.
3. Krankenhäuser können im Rahmen des § 137f Abs. 7 SGB V nur dann zur ärztlichen Behandlung im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms zugelassen werden, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung dies erfordern.

Die Ausnahmefälle sind insbesondere möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

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

Die Strukturqualität muss von den Vertragsärzten zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachgewiesen werden. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt bei eigener Teilnahme der Vertragsarzt bzw. der anstellende Arzt oder der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

(3) 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 KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 3 beigefügten Formulars mitgeteilt.

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

1. die Koordination der Behandlung von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,

2. die Koordination der Behandlung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen, unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 11 der DMP-A-RL,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation nach den Abschnitten VII und VIII,
4. die vollständige Erstellung der Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL., soweit diese nicht vollständig und/oder plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur der betreffenden Parameter auf Anforderung,
5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung an andere vertraglich eingebundene Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor“ vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene gemäß § 4a vertraglich eingebundene Krankenhaus, entsprechend der Anlage 4 „Leistungserbringerverzeichnisse“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
9. bei Überweisung/Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln, einzufordern und zu dokumentieren,
10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme entsprechend Nummer 1.6.4. der Anlage 11 der DMP-A-RL die 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 SGB IX.

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 Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

(5) 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
Teilnahmevorrausetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors

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

(2) Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor“ persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen. Die Strukturqualität muss der Facharzt zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen. 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 Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt bei eigener Teilnahme der Vertragsarzt bzw. der anstellende Arzt oder 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 werde, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS vom anstellenden Arzt bzw. MVZ mit Hilfe des in der Anlage 3 beigefügten Formulars unverzüglich mitgeteilt.

(4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören insbesondere

1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entsprechend nachgewiesen ist,
4. die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nummer 1.6 der DMP-Richtlinie Teil B III. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierelevante Informationen je Quartal zu übermitteln,
6. bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das nächstgelegene gemäß § 4a vertraglich eingebundene Krankenhaus, entsprechend der Anlage 4 „Leistungserbringerverzeichnisse“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Überweisung an andere Leistungserbringer therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln, einzufordern und zu dokumentieren.
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme entsprechend Nummer 1.6.4. der Anlage 11 der DMP-A-RL die 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 SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummer 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift 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 COPD gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, nachzuweisen, dass die vertraglich vereinbarten 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 von 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 RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA zu beachten und die fachliche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose COPD sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (der Deutschen Rentenversicherung bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 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 3 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. 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 3 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 einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall 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 §§ 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, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Genehmigung der KVS zur Teilnahme gemäß § 3 Abs. 1 und § 4 Abs. 1 wird schriftlich erteilt.

(2) Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVS zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang 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 3 und 5 genannten Aufgaben der KVS die Krankenkassen.

(7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 3 beigefügten Formular.

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

§ 8
Leistungserbringerverzeichnisse

(1) Die Krankenkassen erhalten von der KVS ein Verzeichnis über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 entsprechend der Anlage 4 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär" und bei jeder relevanten Änderung. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmen 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:

- Besucheranschriften 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 Absatz 1, welches um die nach Absatz 2 genannten Inhalte erweitert ist, wird dem BAS beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung ist es dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweiligen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

(4) Die Krankenkassen führen entsprechend der Anlage 4 „Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär" ein Verzeichnis der nach §§ 4a und 4b teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Leistungserbringerverzeichnis legen die Krankenkassen dem BAS für die Krankenhäuser, mit denen bereits eine vertragliche Bindung besteht, beim Antrag auf Zulassung vor. Bei einer unbefristeten Zulassung ist es dem BAS alle 5 Jahre (und auch 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 bei jeder Änderung im Auftrag der Krankenkassen dieses Verzeichnis in maschinenlesbarer Form an die Datenstelle nach § 21 und die KVS. Die Details der Datenlieferung (Inhalt, Umfang, Form, usw.) werden mit der Datenstelle vertraglich vereinbart. Die AOK stellt dieses Verzeichnis im Auftrag der Krankenkassen auch den am DMP COPD teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei Teilnahmebeginn und nachfolgend bei jeder Änderung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung.

(5) Die zusammengefassten Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KVS,
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 COPD“ veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ erteilt.

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9
Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm COPD

(1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen an die Behandlung nach der Anlage 11 der DMP-A-RL. Der teilnehmende Leistungserbringer verpflichtet sich durch seine 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 Behandlungsspielraum nicht ein.

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

(3) Die teilnehmenden Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere auf 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 6 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL und
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

Kontrollmaßnahmen werden durch die Gemeinsame Einrichtung in deren Geschäftsordnung geregelt.

§ 11
Maßnahmen und Indikatoren

(1) Entsprechend § 2 DMP-A-RL sind in diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:

1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die koordinierenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; gegebenfalls ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln sowie,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die Krankenkassen,

(3) Zur Auswertung werden die in der Anlage 6 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.

(4) Die vereinbarten Qualitätssicherungsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind durch die Vertragspartner in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder der Fachpresse).

§ 12
Maßnahmen 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 nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur 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 des Versicherten

§ 13
Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben und nicht gleichzeitig im DMP Asthma eingeschrieben sind oder werden, können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 11 der DMP-A-RL erfüllt sind:

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten,
2. die schriftliche oder elektronische* Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
3. die schriftliche oder elektronische* Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt 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 seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

(2) Zu den speziellen Teilnahmevoraussetzungen gehören hinsichtlich der Diagnosestellung das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion der FEV1 unter 80% des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner 70% nach Bronchodilatation, statt des für alle Altersgruppen fixierten Grenzwertes von FEV1/VC kleiner 70 % zur Charakterisierung der Obstruktion können die neueren Sollwerte der Global Lung Initiative (GLI) eingesetzt werden, die die Altersabhängigkeit von FEV1/VC berücksichtigen. Als unterer Grenzwert (LLN: lower limit of normal) gilt das 5. Perzentil (Sollmittelwert minus 1,64-faches der Streuung),
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei FEV1/VC größer oder gleich 70% (alternativ GLI größer gleich LLN) und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, deren Beurteilung keine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ergeben hat.

Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

(3) Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und DMP COPD ist nicht möglich. Besteht neben der COPD ein Asthma bronchiale, soll in Abhängigkeit des Krankheitsverlaufs der behandelnde koordinierende Vertragsarzt abwägen, welche der beiden Diagnosen als vorrangig einzustufen ist. Demnach ist auch die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

(4) Für Versicherte, die auf Basis der bis zum 31. März 2023 geltenden Einschreibediagnostik vor dem 1. April 2024 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.

(6) Wenn der Versicherte an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.

§ 14
Information und Einschreibung

(1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere entsprechend den Anlagen 7 bis 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“, „Datenschutzinformation“ und „Patientenmerkblatt“, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3.1 bis 3.2 der Anlage 11 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 seine nach § 13 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.

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

1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, 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 kann,
2. die vollständigen Dokumentationsdaten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V. m. der Anlage 12 durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt.

(4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm 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 12 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 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, sollten 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. Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Bereitschaft zur Teilnahme am DMP erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

(6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich oder elektronisch* die Teilnahme des Versicherten am DMP.

§ 15
Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt 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 oder elektronischen* Bestätigung durch die Krankenkasse gemäß § 14 Absatz 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Absatz 3 und Absatz 4 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt schriftlich oder elektronisch* die Einschreibung gemäß § 14 Absatz 7 und kann die Erstellung der Versichertenkarte mit DMP-Kennzeichen veranlassen und verlangt ggf. vom Patienten die Rückgabe der alten Versichertenkarte.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse 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 (nach deren Erfordernissen).

(3) Die Teilnahme des Versicherten endet insbesondere mit dem Tag

1. der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung 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 Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
5. der letzten gültigen Dokumentation, wenn der Versicherte innerhalb von zwölf Monaten zwei veranlasste Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat,
6. der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL., die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt wurden oder
7. der letzten Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 2 RSAV.

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

(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.

§ 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 10 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 Nummer 4 zu vergeben.

(4) Unter dem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes wird auch die Konstellation verstanden, in der der koordinierende Facharzt bei einer Stabilisierung des Zustandes eine Rücküberweisung an den Hausarzt entsprechend Nummer 1.6.2 Satz 2 der Anlage 11 der DMP-A-RL vornimmt.

§ 18
Versichertenverzeichnis

(1) 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 über Ziele und Inhalte des DMP COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt 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 der Versicherten ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

(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 DMPs in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

(5) Die Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 informieren die Versicherten über mögliche Tabakentwöhnungsprogramme nach Anlage 13. Die von jeder Krankenkasse zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme gemäß Anlage 13 sind auf deren jeweiligen Internetseiten einsehbar.

§ 20
Versicherte

(1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten im Sinne der Nummer 3 der Anlage 5 über Ziele und Inhalte des DMP COPD sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln sowie die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.

(2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm, Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

(3) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 11 „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 11 „Patientenschulung“ hierzu befähigt sind und gemäß § 6 überprüft wurden. Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entsprechend § 6 durch die KVS.

In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ einzubeziehen. Der mit der Patientenschulung beauftragte Vertragsarzt ist verpflichtet, auf die gemäß der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ 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
Datenstelle

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

1. der Entgegennahme der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL elektronisch gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,
2. der Erfassung der Dokumentationsdaten Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie der Information der Krankenkassen bzw. deren Verbände und Gemeinsamen Einrichtung über die Ergebnisse der Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung der Dokumentationen,
4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten und
5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Krankenkasse,
6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,

7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
8. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse.

(2) Das Nähere regeln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sofern im Rahmen der Durchführung von DMP 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 der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:

1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen.

(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

Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 und 12 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 Vertragsärzte und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

§ 23
Datenfluss zur Datenstelle

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

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL.
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL.

   am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP Modul des Arzt-informationssystems 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 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes gem. § 25 Abs. 2 Nr. 1 a) RSAV elektronisch (z. B. per E-Mail, Online) an die Datenstelle zu übermitteln sowie
3. bei Ersteinschreibung des Versicherten die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten zeitnah an die Datenstelle weiterzuleiten.

Bei einem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes nach § 17 übermittelt der neu koordinierende Vertragsarzt nach § 3 nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL, diese entsprechend Abs. 1, Pkt. 2 an die Datenstelle.

Der koordinierende Vertragsarzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer 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 Arzt 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 Arzt stellt bei der elektronischen Datenübermittlung die akkreditierten Verfahrensvorgaben sicher. Das genaue Procedere ist in einer gesonderten Vereinbarung zum Datenstellenvertrag geregelt.

(3) Der Versicherte willigt gemäß der Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte" einmalig in die Datenübermittlung mit seiner Unterschrift ein und wird schriftlich oder elektronisch* über die übermittelten Dokumentationsdaten entsprechend der Anlage 2 i. V. m. der Anlage 12 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 BDSF werden beachtet.

§ 25
Datenaufbewahrung und –löschung

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) Die Datenstelle übermittelt bei der Einschreibung die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die dort erfassten Dokumentationsdaten (Erstdokumentation) nach Anlage 2 und 12 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 12 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.

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

§ 26a
Datenverwendung

Die nach § 21 Abs. 1 Ziff. 5 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i. V. m. der Anlage 12 der DMP-A-RL werden von der Krankenkasse ausschließlich für folgende Zwecke genutzt:

1. schriftliche oder elektronische* 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 6 „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 Krankenkassen 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 BDSG werden beachtet.

§ 28
Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten und Dokumente werden von der Krankenkasse, der KVS und der Gemeinsamen Einrichtung gem. 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. 2 a und 2 d 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 nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 30
Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL versicher-

tenbezogen zu pseudonymisieren und 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 6 „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 den Absätzen 1 und 2 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 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur gemeinsamen 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. Dieser legt insbesondere fest, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 32
Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 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 der Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Absatz 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 Mitglieder 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 Beachtung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 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

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach der Maßgabe des EBM und sind mit der Vereinbarung zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87 a 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 Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL, sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den koordinierender Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99360A	25,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den koordinierender Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	99360B	15,00 €

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP COPD 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.

1. Die Abrechnungsnummer 99360A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nr. 99360A schließt eine Abrechnung der Nr. 99360B im gleichen Quartal aus.
2. Die Abrechnungsnummer 99360B 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.

(3) Für eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 wird einmal pro Quartal und Patient eine Mitbehandlungspauschale (Nr. 99360C) in Höhe von 15,00 EUR gezahlt. Diese Pauschale ist von demselben Arzt pro Quartal und Patient nicht neben der Erst- oder Folgedokumentation (Nr. 99360A und 99360B) berechnungsfähig. Die Mitbehandlungspauschale (Nr. 99360C) ist im Behandlungsfall nicht neben den Chronikerpauschalen und den dazugehörigen Zuschlägen nach den GOP 03220, 03221, 03222 oder 04220, 04221, 04222 berechnungsfähig.

(4) Wurden innerhalb eines Kalenderjahres (Prüfzeitraum) nicht mehr als 30,0 % aller eingeschriebenen COPD-Patienten in Sachsen durch einen Vertragsarzt des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 betreut (fachärztliche Betreuungsquote) werden für diese Patienten je abgerechneter Mitbehandlungspauschale nach Nr. 99360C zusätzlich 5,00 EUR nachvergütet.

Die KVS ermittelt je Prüfzeitraum auf Basis der Abrechnungshäufigkeit der Nummern 99360A und 99360B je Arztgruppe eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 sowie eingeschriebene Hausärzte gem. § 3 eine fachärztliche Betreuungsquote. Der erste Prüfzeitraum beginnt mit dem Abrechnungsquartal 2024/1. Turnusmäßig erfolgt die Datenerhebung kalenderjährlich.

Die KVS informiert die anderen Vertragspartner über die ermittelten Werte und die daraus errechnete GKV-Betreuungsquote. Bei Erreichung der Zielquote werden diese Daten zusätzlich je Kassenart dargestellt.

Ergibt sich im Prüfzeitraum eine fachärztliche Betreuungsquote von nicht mehr als 30,0 % haben die Krankenkassen die Möglichkeit zur Prüfung und Richtigstellung bis 30.09. des auf den Prüfzeitraum folgenden Kalenderjahres.

Die Auszahlung der Nachvergütung an die Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 erfolgt nach Bestätigung der fachärztlichen Betreuungsquote durch die Krankenkassen für jede im Prüfzeitraum vergütete Mitbehandlungspauschale nach Nr. 99360C.

Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung im Rahmen von gesamtvertraglichen Regelungen werden von dieser Regelung nicht berührt.

(5) Im Rahmen der erstmaligen Diagnostik bei Neu-Manifestation und der besonderen Beratungsleistungen im Rahmen des DMP COPD können eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 eine Prädiagnostikpauschale (Nr. 99360D) in Höhe von 45,00 EUR einmalig pro Patient abrechnen. Diese Pauschale (99360D) ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP COPD (spätestens im Folgequartal) gebunden. Die Prädiagnostikpauschale ist am Behandlungstag nicht neben der Pauschale für das Abschlussgespräch (Nr. 99360E) berechnungsfähig.

(6) Für die Beratung zur korrekten Inhalationstechnik sind durch eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 abrechenbar:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr je Versicherten einmal im Quartal, maximal zweimal im Krankheitsfall	99360I	5,00 €

Die Leistungen nach der Nummer 99360I ist im Behandlungsfall nicht neben den Nummern 99360C und 99360D berechnungsfähig.

(7) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) aus.

(8) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß der Anlage 11 „Patientenschulung“ erfüllen und eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erhalten haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen wie folgt je Patient und UE vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer für Schulung	Abrechnungsnum-mer für genehmigte Nachschulung	Vergütung pro UE und Patient
Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem **(COBRA)**; (1 UE = 60 Minuten)	99365A	99366A	25,00 €
Schulungsmaterial zu Nr. 99365A je Versicherten	99365S	-	9,00 €

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien ändern, muss dieser angepasst werden. Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.

Durch die Gemeinsame Einrichtung genehmigte Nachschulungen entsprechend Anlage 11 werden für maximal 2 UE vergütet.

Voraussetzung für die Vergütung der genannten Patientenschulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises entsprechend der Anlage 12 "Schulungsnachweis" nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Dieser wird nach der Prüfung und Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.

Wurden alle UE wahrgenommen kann nach der letzten Unterrichtseinheit ein **Motivations- und Abschlussgespräch** in Höhe von 25,00 EUR **(Nr. 99360E)** abgerechnet werden. Das Gespräch muss im Anschluss an die letzte Unterrichtseinheit geführt werden, kann aber am gleichen Tag abgerechnet werden. Die Pauschale kann nicht bei Nachschulungen abgerechnet werden. Voraussetzung für die Vergütung ist das Vorliegen des vollständig ausgefüllten Schulungsnachweises (Anlage 12) bei der KVS

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

(10) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

Abschnitt XII - Sonstige Bestimmungen

§ 36
Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

(1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht 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 sowie für deren Aufbewahrung, die für Datensicherheit geltenden Vorschrift 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 Absatz 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das DMP 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 01.04.2024 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 Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von 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 Richtlinie des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 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 an dem 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.

Übersicht Anlagen

Anlage 1 **Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor**

Anlage 2 **Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor**

Anlage 3 **Teilnahmeerklärung Vertragsarzt**

Anlage 4 **Leistungserbringerverzeichnisse (ambulant/stationär)**

Anlage 5 **Versorgungsinhalte**

Anlage 6 **Qualitätssicherung**

Anlage 7 **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte,**

Anlage 8 **Datenschutzinformation (indikationsübergreifend),**

Anlage 9 **Patientenmerkblatt (indikationsübergreifend)**

Anlage 10 **Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 DMP-A-RL**

Anlage 11 **Patientenschulung**

Anlage 12 **Schulungsnachweis**

Anlage 13 **Tabakentwöhnungsprogramme**

Dresden, 11.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dresden, 07.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Dresden, 04.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen
Dresden, 04.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	IKK classic
Chemnitz, 07.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz
Kassel, 07.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Dresden, 04.03.2024	*gez.*
Ort, Datum	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen