**Vertrag**

**zur Durchführung des**

**strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V**
**Asthma bronchiale (Asthma)**

(in der geänderten Fassung vom 01.10.2024)

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

und

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse**
**für Sachsen und Thüringen.**
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier 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 Asthma

**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 Arztes

§ 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 Krankenkassen, 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 Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „DMP COPD“ ist das Disease Management Programm für Patienten mit chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.
- „Vertragsärzte“ sind zugelassene Ärzte, bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ gemäß § 95 SGB V angestellte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und Vertragsärzte in Einrichtungen nach § 105 Abs. 1c, 5 SGB V und in Einrichtungen nach § 402 SGB V sowie in ermächtigten, ärztlich geleiteten, Einrichtungen.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum bzw. sind die Medizinischen Versorgungszentren.
- „Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte i. S. d. § 3 und die Fachärzte i. S. d. § 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 solcher i. S. d. § 3.
- „Facharzt“ ist ein solcher i. S. d. § 4.
- „Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 9 Nummer 1.6.1 und/oder 1.6.2 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 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL“ werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 DMP-A-RL aufgeführten Daten.
- „Dokumentationsdaten “ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 oder deren Verbände und die KVS.
- „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 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 § 137f SGB V in seiner jeweils geltenden Fassung.
- „Kind“ definiert den Zeitraum von der Geburt bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- „Jugendlicher“ definiert den Zeitraum ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

- „Erwachsener“ definiert den Zeitraum ab Beginn des 19. Lebensjahres
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungs-Richtlinie
- „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 Vertragspartner folgenden Vertrag zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Asthma bronchiale (im Folgenden Asthma genannt). Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Anforderungen der RSAV sowie der diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

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

Patienten mit Asthma können durch Selbstmanagement und eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren asthmaauslösende Faktoren vermeiden und durch körperliches Training den Krankheitsverlauf erheblich 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 Asthma. 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 Asthma in der Region der KVS hin.

(2) Die Ziele und Anforderungen an das DMP Asthma sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie den diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Therapie dient insbesondere der Erhaltung und der Verbesserung der asthmabezogenen Lebensqualität und der Reduktion krankheitsbedingter Risiken. Entsprechend DMP-A-RL Anlage 9 Nummer 1.3 streben die Vertragspartner mit diesem Vertrag folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:

   a. bei Normalisierung beziehungsweise Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität Vermeidung/Reduktion
      - von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
      - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
      - einer Progredienz der Krankheit,
      - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
      - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
   b. Reduktion der asthmabedingten Letalität,
   c. adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
   d. das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

(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.

(4) Darüber hinaus sind gemäß DMP-A-RL Anlage 9 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. Dabei ist auch das Vorliegen von Phänotypen, Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) und Komorbiditäten (z. B. Rhinosinusitis) zu berücksichtigen. Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die Einschreibung der Kontrolle der Beschwerden dient, aber noch keine endgültige Aussage über den weiteren Verlauf der Krankheitssymptome zulässt. Unter Berücksichtigung der individuellen Konstellation soll auf die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung der Erkrankung hingewiesen werden. Entsprechend ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma bronchiale aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

## § 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 wörtlich der Anlage 9 sowie der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 9 der DMP-A-RL zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von Asthma qualifizierte Fachärzte oder qualifizierte 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 DMP zugelassen werden, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung dies erfordern.

Die Ausnahmefälle sind insbesondere möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern 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 Koordination von Kindern- und Jugendlichen obliegt nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ ausschließlich Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin.

Die Strukturqualität muss der Leistungserbringer zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen. 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 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 9 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 10 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 9 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 Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Bei Patientinnen und Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung der Fachärztin oder des Facharztes oder der qualifizierten Einrichtung befinden, hat diese beziehungsweise dieser bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob die weitere Behandlung durch die Hausärztin oder den Hausarzt möglich ist.
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 9 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 9 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 diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung 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 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 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 Anlage 9 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
5. die Übermittlung der therapierelevanten Informationen je Quartal an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 je Behandlungsfall, sofern die begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten länger als ein Quartal erfolgt,
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 9 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 9 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 des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1 – 9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## § 4a
## Teilnahme der Krankenhäuser

Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Asthma gesondert vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser sind verpflichtet, nachzuweisen, dass die gesondert 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 ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zu beachten und die fachliche Qualifikation für die Rehabilitation von Patienten mit der Diagnose Asthma sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren (der Deutschen Rentenversicherung bzw. der GKV) nachzuweisen. Die Teilnahme der Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig. Die Besonderheiten, die bei der Behandlung von Versicherten erfolgen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind zu beachten.

## § 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 „Teilnahme 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 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 und der Datenstelle geschlossenen Vertrag. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 und die Krankenkassen 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 (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 DMP 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 Anlage 1 und 2 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ bzw. „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" 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:

- Besucheranschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer
- Versorgungsebene und
- Berechtigungen (Koordinationsfunktion, Schulungen).

(3) Das nach Absatz 1 um die in Absatz 2 genannten Inhalte erweiterte Leistungserbringerverzeichnis wird dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorgelegt. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen 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 alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vor. 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 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 Asthma teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen bei Teilnahmebeginn und nachfolgend bei jeder Änderung in maschinenlesbarer Form zur Verfügung. Die zusammengefassten Leistungserbringerverzeichnisse werden außerdem bei Bedarf

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten durch die KVS,
2. 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.

(5) Die Leistungserbringerverzeichnisse können zudem in einem gesonderten Verzeichnis „Teilnehmende Leistungserbringer am Behandlungsprogramm Asthma" veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ erteilt.

## Abschnitt III – Versorgungsinhalte

### § 9
### Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma

(1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte der Vertragsanlage entsprechen den Anforderungen nach Anlage 9 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. 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 Asthma 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 Asthma 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

(1) 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,
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 10 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) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind in diesem DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen.

(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, gegeben falls ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln sowie,
3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die Krankenkassen,

Zur Auswertung werden die in der Anlage 6 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 DMP-A-RL und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben. Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z.B. im Internet, in Mitgliedszeitschriften 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 nach § 31, 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).

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 können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 9, Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 9, Nummer 1.2 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, wobei diese Erklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben wird,

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 dieser 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.

Die Versicherten bzw. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ihre gesetzlichen Vertreter bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass sie im Einzelnen:

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

(2) Darüber hinaus hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen, die in der Anlage 9, Nummer 3.2 DMP-A-RL geregelt sind.

- Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß Anlage 9 Nummer 1.2.1 der DMP-A-RL und
- Vorliegen mindestens eines der in Anlage 9 Nummer 1.2.2 DMP-A-RL genannten Kriterien (dabei ist bei den Kriterien zwischen denen für Erwachsene und denen für Kinder und Jugendliche ab Vollendung des ersten bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres zu unterscheiden).
- Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Kinder können erst ab Vollendung des ersten Lebensjahres am DMP Asthma teilnehmen.

(3) Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP Asthma bronchiale und DMP COPD ist nicht möglich. Besteht neben dem Asthma bronchiale eine COPD, 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 30. September 2023 geltenden Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

(5) Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma nicht möglich. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

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

(7) 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 Anlage 9 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 Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL 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 10 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.

(6) 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.

(7) 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 unter Angabe des Eintrittsdatums.

## § 15
## Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Absatz 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich die/der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 7) zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung sei-

ner/ihrer 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.

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

1. der Aufhebung 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 Absatz 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 10 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. 1 a RSAV genannten Frist übermittelt wurden oder
7. der letzten Dokumentation bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 2a 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 Absatz 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) Nach zwölfmonatiger Symptomfreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 9 der DMP-A-RL genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

(7) Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

## § 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 der 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 Absatz 1 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 der Anlage 9 der DMP-A- RL vornimmt.

## § 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 Asthma. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.

(2) Die Fortbildung der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Fortbildungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Vertragsärzte.

(3) Die im Zusammenhang mit 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. Die von jeder Krankenkasse zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme 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 Asthma bronchiale sowie die mit der Teilnahme verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele sowie die Kooperations- und Überweisungsregeln 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) Kinder und Jugendliche im Alter ab dem vollendeten ersten bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, nach Möglichkeit evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Damit wird das Ziel verfolgt, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist zu berücksichtigen.

(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.

(5) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ einzubeziehen. Der mit der Patientenschulung beauftragte Leistungserbringer 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.

(6) Im Rahmen dieses Behandlungsprogramms werden ausschließlich die in Anlage 11 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

# 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 Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL elektronisch gemäß BAS-akkreditierter Verfahrensvorgaben,
2. der Erfassung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL,
3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten sowie der Information der Krankenkassen 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 10 der DMP-A-RL an die Krankenkasse,
6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVS,
7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und
8. die Archivierung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL gemäß § 25 dieses Vertrages
9. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von ihr beauftragten Stelle.

(2) Das Nähere regeln die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sofern im Rahmen der Durchführung anderer 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 10der 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 DMP am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen, umfassen nur die in Anlage 2 und 10 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 der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 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 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 neu koordinierende Vertragsarzt nach § 3 nach Erstellung die Folgedokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 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 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 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 bzw. bei Versicherten bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres ihre gesetzlichen Vertreter 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 Anlagen 2 i. V. m. Anlage 10 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

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. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß § 5 Abs. 2 b DMP-A-RL 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 10 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(2) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 10 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse.

(3) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der Anlage 2 und 10 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 Nr. 5 an die Krankenkasse weitergeleiteten versichertenbezogenen Datensätze nach Anlage 2 i. V. m. der Anlage 10 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 DMP 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 DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

## § 28
## Datenaufbewahrung und –löschung

Die im Rahmen des DMP 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 gemäß § 219 SGB V gebildet. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, insbesondere Art 28 der DSGVO, werden berücksichtigt. Das Nähere ist in einem gesonderten Gesellschaftsvertrag geregelt.

### § 30
### Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

(1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL versichertenbezogen 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 DSGVO 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:

- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 10 DMP-A-RL,
- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 10 der DMP-A-RL
- die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach der Anlage 10 der DMP-A-RL.
- 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
- die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

(2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang

mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung 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 zur 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 der 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 10 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 koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass | 99350A | 25,00 € |

| | | |
|---|---|---|
| Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass | 99350B | 15,00 € |

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Asthma 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 99350A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nummer 99350A schließt eine Abrechnung der Nummer 99350B im gleichen Quartal aus.
   a) Die Abrechnungsnummer 99350B ist durch Vertragsärzte nach § 3 grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17): 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. 99350C) in Höhe von 15,00 EUR gezahlt. Diese Pauschale ist von demselben Arzt pro Quartal und Patient nicht neben der Erst- oder Folgedokumentation (Nr. 99350A und 99350B) berechnungsfähig. Die Mitbehandlungspauschale (Nr. 99350C) 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 erwachsenen Asthma-Patienten ab vollendetem 18. Lebensjahr in Sachsen durch einen Vertragsarzt des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 betreut (fachärztliche Betreuungsquote), werden für diese erwachsenen Patienten je abgerechneter Mitbehandlungspauschale nach Nr. 99350C zusätzlich 5,00 EUR nachvergütet.

Die KVS ermittelt je Prüfzeitraum auf Basis der Abrechnungshäufigkeit der Nummern 99350A und 99350B je Arztgruppe eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 (nur für Erwachsene) sowie eingeschriebene Hausärzte gem. § 3 (nur für Erwachsene) 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 (Erwachsene) erfolgt nach Bestätigung der fachärztlichen Betreuungsquote durch die Krankenkassen für jede im Prüfzeitraum vergütete Mitbehandlungspauschale nach Nr. 99350C.

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 Asthma können eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 eine Prädiagnostikpauschale (Nr. 99350D) in Höhe von 45,00 EUR einmalig pro Patient abrechnen. Diese Pauschale (99350D) ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP Asthma (spätestens im Folgequartal) gebunden. Die Prädiagnostikpauschale ist am Behandlungstag nicht neben der Pauschale für das Abschlussgespräch (Nr. 99350E) 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 | 99350I | 5,00 € |
| Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Kinder und Jugendliche bis vollendetes 18. Lebensjahr je Versicherten einmal im Quartal, maximal zweimal im Krankheitsfall | 99350J | 10,00 € |

Die Leistungen nach den Nummern 99350I und 99350J sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Nummern 99350C und 99350D berechnungsfähig.

(7) 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Dokumentation sind damit ausgeschlossen.

(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.

Um zeitnah altersgerechte Schulungsgruppen bei der Schulung von Kindern und Jugendlichen (1-5, 5-7, 8-12, 13-18 Jahre) bilden zu können, besteht die Möglichkeit, dass fachgleiche Kinder- und Jugendmediziner mit einer Schulungsgenehmigung seitens der KV Sachsen per Zielauftrag „DMP-Schulung“ Patienten überweisen können. Die Abrechnung der Schulung erfolgt durch den schulenden Arzt selbst. Damit soll eine zeit- und wohnortnahe Schulung ermöglicht werden. Durch den schulenden Arzt können für die mit Zielauftrag „DMP – Schulung“ überwiesenen Patienten nur die Abrechnungsziffern 99355K / 99356K und die 99355T bzw. 99355I / 99356I und die 99355U abgerechnet werden. Eine Abrechnung aller anderen Abrechnungsnummern dieses Vertrages ist bei dieser Überweisung nicht zulässig. Durch den überweisenden Arzt ist eine Abrechnung von Schulungsleistungen für denselben Versicherten ausgeschlossen – für Nachschulungen gelten die zeitlichen Vorgaben des Vertrages.

Kinder ab 5 Jahre können geschult werden, selbst wenn deren Eltern bereits an einer ASEV-Schulung teilgenommen haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen wie folgt je Patient und UE vergütet:

| Leistungsbeschreibung | Abrechnungsnummer für Schulung | Abrechnungsnummer für genehmigte Nachschulung | Vergütung pro UE und Patient |
|---|---|---|---|
| Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. je UE und Versicherten<br>(1 UE = 45 Minuten) | 99355K | 99356K | 22,50 € |
| Schulungsmaterial zu Nr. 99355K je Versicherten | 99355T | - | 9,00 € |
| ASEV Schulung (Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung)<br>(1 UE = 45 Minuten) | 99355I | 99356I | 22,50 € |
| Schulungsmaterial zu Nr. 99355I je Versicherten | 99355U | | 9,00 € |
| Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (**NASA**) je UE und Versicherten; (1 UE = 60 Minuten) | 99355A | 99356A | 25,00 € |
| Schulungsmaterial zu Nr. 99355A je Versicherten | 99355S | - | 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 Kinder und Kleinkinder mit 1 UE bei einer Einzelschulung und maximal 4 UE bei Gruppenschulungen vergütet. Für genehmigte Nachschulungen von Erwachsenen können maximal 2 UE vergütet werden.

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 übermittelt.

Wurden alle UE wahrgenommen, kann nach der letzten Unterrichtseinheit ein **Motivations- und Abschlussgespräch** in Höhe von 25,00 EUR **(Nr. 99350E)** abgerechnet werden. Das Gespräch muss im Anschluss an die letzte Unterrichtseinheit geführt werden, kann aber am gleichen Tag abgerechnet werden. Es kann nur bei der Durchführung der Schulung für Erwachsene (Nr. 99355A) und nicht in Verbindung mit der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche (Nr. 99355K) sowie der ASEV Schulung (Nr. 99355I) 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 bzw. Patientinnen bei ihrer Tätigkeit, die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO 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 Krankenkassen.

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

### § 38
### Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2024 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 sowie der diese ergänzenden 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 der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung, 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.

## 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**

**Anlage 10** **Dokumentationsdaten**

**Anlage 11** **Patientenschulung**

**Anlage 12** **Schulungsnachweis**

**Anlage 13** **Tabakentwöhnungsprogramme**

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