Vertrag

zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V

Koronare Herzkrankheit (KHK)

zwischen

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 20173 Hannover
zugleich für die KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau 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 den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen,
Martinistr. 34, 28195 Bremen

im Folgenden „Krankenkassen/-verbände“

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

im folgenden „KVHB“

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Übersicht Anlagen

Abschnitt I – Ziele und Geltungsbereich

§ 1 Ziele des Vertrages
§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
§ 5 Teilnahmeerklärung
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
§ 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

§ 9 Medizinische Anforderungen an das DMP KHK

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 10 Grundlagen und Ziele
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren
§ 12 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen
§ 14 Information und Einschreibung
§ 15 Beginn und Ende der Teilnahme
§ 16 Wechsel des koordinierenden Arztes

Abschnitt VI – Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Schulungen

§ 17 Fortbildungen

§ 18 Schulung von Versicherten

Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung / Gemeinsame Datenstelle

§ 19 Arbeitsgemeinschaft

§ 20 Gemeinsame Einrichtung

§ 21 Gemeinsame Datenstelle

§ 22 Datenfluss zur Datenstelle § 23 Datenzugang

§ 24 Datenaufbewahrung und –löschung

Abschnitt VIII – Evaluation

§ 25 Evaluation

Abschnitt IX – Vergütung und Abrechnung

§ 26 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen und Schulungen

Abschnitt X – Sonstige Bestimmungen

§ 27 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 28 Laufzeit und Kündigung

§ 29 Schriftform

§ 30 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

- „Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/ kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/ vornimmt
- „Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 19
- „Ärzte“ sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen, Medizinische Versorgungszentren, ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte und Ärztinnen, sowie bei diesen angestellte Ärzte bzw. Ärztinnen, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „Datenverarbeitung“ bezeichnet im Sinne des Art. 4 EU-DSGVO jeden mit oder ohne Hilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Vorgang oder jede solche Vorgangsreihe im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten wie das Erheben, das Erfassen, die Organisation, das Ordnen, die Speicherung, die Anpassung oder Veränderung, das Auslesen, das Abfragen, die Verwendung, die Offenlegung durch Übermittlung, Verbreitung oder eine andere Form der Bereitstellung, den Abgleich oder die Verknüpfung, die Einschränkung, das Löschen oder die Vernichtung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm bzw. strukturierte Behandlungsprogramm
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie
- „EU-DSGVO“ ist die Europäische Datenschutz-Grundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 20
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. § 21
- „Koordinierender Arzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3
- „Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte im Sinne der §§ 3 und 4, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und sonstige Leistungserbringer, sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

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

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

Der Vertrag bezieht sich auf die aktuell gültige Fassung der DMP-A-RL inklusive ihrer Anlagen. Anlage 2 (indikationsübergreifende Dokumentation) und Anlage 6 (Koronare Herzkrankheit – Dokumentation) der DMP-A-RL werden in der aktuell gültigen Fassung verwendet. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Übersicht Anlagen

Anlage 1 Strukturvoraussetzungen koordinierender Arzt

Anlage 2 Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor

Anlage 3 Mindestinhalte der Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 4 Leistungserbringerverzeichnis

Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation

Anlage 6 Qualitätssicherung

Abschnitt I

Ziele und Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

(1) Mit dem DMP KHK soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieses Vertrages und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit KHK gewährleistet werden. Die Vertragspartner wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP KHK in der Region der KVHB hin. Durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf soll die Qualität der Langzeitversorgung der Versicherten mit KHK gesichert und verbessert werden.

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

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

§ 2

Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für

- Ärzte in der Region der KVHB, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,

- die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,

- 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 KVHB darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 26 anerkennen. Die KVHB informiert die teilnehmenden Ärzte.

(2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten; die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte.

(3) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1, 3. Spiegelstrich sowie des Abs. 2 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.

(4) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 28 dieses Vertrages. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Abweichungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen zu erfolgen.

(5) Die an diesem DMP teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 9 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

(6) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

(1) Die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem DMP ist freiwillig.

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

(3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KVHB unverzüglich mitzuteilen.

(4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVHB nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVHB vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mitgeteilt.

(5) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2 teilnahmeberechtigten Ärzte gehören insbesondere:

a) die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 DMP-A-RL,

b) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL gemäß Abschnitt VIII,

c) bei Vorhandensein eines zugelassenen DMP für Herzinsuffizienz in der Region Bremen und bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK sowie einer chronischen Herzinsuffizienz ist in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf abzuwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert und danach die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen,

d) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

e) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB nachgewiesen ist, sowie die Motivation der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,

f) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Indikatoren eine Überweisung als Auftragsleistung zum jeweils qualifizierten Facharzt entsprechend der **Anlage 2**, auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen,

g) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP KHK zugelassen ist. Die individuellen Interessen der Versicherten und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,

h) bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,

i) bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX.

j) bei Wechsel des koordinierenden Arztes sind dem neuen koordinierenden Arzt mit Zustimmung des Versicherten auf Anforderung alle relevanten Daten zu übermitteln,

k) die Berücksichtigung der von der Gemeinsamen Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschreiben für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,

l) die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der koordinierende Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-l entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Reglungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

(1) Die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem Programm ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes tätig.

(2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche qualifizierte Versorgung sind Ärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 2** – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.

(3) In Ausnahmefällen kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung und am DMP KHK gemäß Abs. 2 teilnehmender qualifizierter Facharzt oder qualifizierte Einrichtung nach **Anlage 2** auch koordinierend tätig sein. Die Ausnahmefälle sind möglich, insbesondere wenn die Versicherten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut worden sind oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Insofern ein nach **Anlage 2** teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er zusätzlich zu den Aufgaben nach Abs. 7 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 3 Abs. 5 zu erfüllen.

(4) 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 der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 6. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 ist der KVHB unverzüglich mitzuteilen.

(5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVHB nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVHB vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mitgeteilt.

(6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden Ärzte gehören insbesondere:

a) die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,

b) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

c) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 18, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB entsprechend nachgewiesen ist,

d) die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Nummer 1 der Anlage 5 DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

e) die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt spätestens nach 6 Monaten,

f) bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,

g) bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP KHK zugelassen ist. Die individuellen Interessen der Versicherten und regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

h) bei Überweisung an andere Leistungserbringer oder Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus therapierelevante Informationen entsprechend § 9 zu übermitteln und einzufordern.

i) bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,

j) grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a-j entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmeerklärung

(1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger qualifizierter Arzt nach § 4 gegenüber der KVHB schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 3** zur Teilnahme am DMP KHK bereit. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVHB kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

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

(3) Der koordinierende Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Erklärung den für ihn von den Krankenkassen/-verbänden und der Arbeitsgemeinschaft in Vertretung ohne Vollmacht mit der Gemeinsamen Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 20.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KVHB erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der **Anlage 1** bzw. **Anlage 2** genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der **Anlage 1** und **2** näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVHB bestätigt.

(2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVHB) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

(3) Endet die Teilnahme eines Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder § 4 oder durch Beschluss nach § 12, so ist er von diesem Vertrag durch die KVHB auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Ärzte aufmerksam machen.

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

(5) Die KVHB informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

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

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

(1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß § 3 und § 4 führt die KVHB ein Verzeichnis, welches die in der **Anlage 4** aufgeführten arztbezogenen Angaben enthält. Die KVHB stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend **Anlage 4** zur Verfügung.

(2) Die Krankenkassen/-verbände führen ein Verzeichnis der am DMP KHK teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird der KVHB zur Information der am Vertrag teilnehmenden Ärzte auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

(3) Die Leistungserbringerverzeichnisse gemäß Abs. 1 werden außerdem regelmäßig oder auf Anforderung

- den an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KVHB,
- der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. für die teilnehmenden Krankenhäuser durch die Krankenkassen/-verbände,
- den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen/-verbände,
- den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z.B. bei Neueinschreibung),
- der Gemeinsamen Datenstelle durch die KVHB

zur Verfügung gestellt.

(4) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Abs. 1 stellen die Kassen dem BAS bei Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerverzeichnisse dem BAS bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen (und auf Anforderung) zur Verfügung gestellt.

(5) Die Leistungserbringerverzeichnisse nach Abs. 1 können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das DMP KHK

(1) Die medizinischen Anforderungen an das DMP KHK sind in Anlage 5 DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Arzt 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 teilnehmenden Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 5 DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich von der KVHB über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der **Anlage 6** genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere

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

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß **Anlage 6** zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.

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

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen für Versicherte und Leistungserbringer,
- strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für teilnehmende Leistungserbringer mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln,
- Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

(3) Zur Auswertung der in **Anlage 6** fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL einzubeziehen.

(4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach **Anlage 6** Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Vertragsmaßnahmen

(1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung nach § 21 zu melden.

(2) Verstößt der Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:

- Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der Vertragsarzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht.

- Verstößt ein Arzt trotz Aufforderung gegen Pflichten, die sich aus diesem Vertrag ergeben oder werden fehlende Unterlagen trotz Aufforderung nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Einen erneuten Teilnahmeantrag kann der Arzt frühestens nach 2 Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen. Im Wiederholungsfall kann dauerhaft ausgeschlossen werden.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

(1) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis am DMP KHK teilnehmen, sofern nachfolgende Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose koronare Herzkrankheit durch den behandelnden Arzt gemäß Nummer 1.2. der Anlage 5 DMP-A-RL liegt vor und die Einschreibekriterien gemäß Nummer 3 Anlage 5 DMP-A-RL sind erfüllt,

- die einmalige schriftliche oder elektronische Einwilligung der Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten,

- die umfassende schriftliche oder elektronische Information der Versicherten

    - über die Programminhalte,
    - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs 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,
    - über seine Mitwirkungspflichten sowie
    - darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem DMP zur Folge hat.

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

(3) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen. Hierzu informiert der koordinierende Arzt und unterstützend auch die jeweilige Krankenkasse. Die Wahl des gleichen koordinierenden Arztes für alle internistischen DMP wird empfohlen.

(4) Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten am DMP chronische Herzinsuffizienz ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer KHK und einer chronischen Herzinsuffizienz, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

§ 14

Information und Einschreibung

(1) Die koordinierenden Ärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 13 teilnahmeberechtigten Versicherten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 5 bei einem koordinierenden Arzt einschreiben. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der Leistungserbringer ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung entsprechend der Anlage 5, über das DMP und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Nummer 3 der Anlage 5 DMP-A-RL informieren.

(2) Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nummer 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 5 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP KHK sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 5) folgende Unterlagen notwendig:

- die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL des koordinierenden Arztes,

- die Bestätigung des koordinierenden Arztes auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erst-

dokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3 der Anlage 5 DMP-A-RL genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

(4) Der einschreibende Arzt erstellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung und leitet sie, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation an die Datenstelle weiter

(5) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn dieser als koordinierender Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Gemeinsame Datenstelle weiterleitet.

(6) Der Versicherte kann auch bei den Krankenkassen in seine Teilnahme am DMP einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse darauf hingewiesen, einen nach § 3 teilnehmenden, koordinierenden Arzt zu wählen, welcher die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und weiterleitet.

(7) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

Beginn und Ende der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt mit dem Tag, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkasse, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.

(2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und/oder seine Einwilligung in die Datenübermittlung widerrufen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung bei der Krankenkasse aus dem DMP aus. Die Teilnahme des Versicherten endet auch gemäß der Gründe nach § 24 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV sowie mit dem Kassenwechsel unter Beachtung des § 24 Abs. 3 RSAV, dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs sowie mit dem Ende der Programmzulassung gemäß § 137g Abs. 3 SGB V.

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

(4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über den Beginn der Teilnahme am und das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 16

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Gemeinsame Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinie-

renden Arztes. Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen koordinierenden Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

Abschnitt VI

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und Schulungen

§ 17

Fortbildungen

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

(2) Fortbildungsmaßnahmen der Ärzte nach den §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte dieser Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 DMP-A-RL ab.

(3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVHB nachzuweisen. Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.

(4) Bestandteile, die bei den Fortbildungsmaßnahmen der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 18

Schulung von Versicherten

(1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet. Patientenschulungen dienen gemäß § 4 Abs. 3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten bzw. noch in der Evaluation befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Versicherte geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.

(2) In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die

der DMP-A-RL bzw. der RSAV widersprechen, verzichtet werden. Die Schulungsprogramme sind in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage zu verwenden.

(3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die gemäß **Anlage 1 oder 2** die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt gemäß § 6.

.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung / Gemeinsame Datenstelle

§ 19

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner haben eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 20

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft haben eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 21

Gemeinsame Datenstelle

(1) Die Vertragspartner, die Bremische Arbeitsgemeinschaft DMP und die Gemeinsame Einrichtung beauftragen unter Beachtung von Art. 28 DSGVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle (Gemeinsame Datenstelle) insbesondere mit der Verarbeitung, Weiterleitung an die Krankenkassen/-verbände und die Arbeitsgemeinschaft und Aufbewahrung der Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL.

(2) Die Daten werden nur für die Behandlung, die Festlegung der QS-Ziele und – Maßnahmen und deren Durchführung nach § 2 DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach § 4 DMP-A-RL und die Evaluation nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt. Das Nähere ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.

(3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner den koordinierenden Ärzten Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Datenfluss zur Datenstelle

(1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der koordinierende Arzt die vollständigen Daten der Erst- und Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 5 DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Nr. 1a RSAV genannten Frist an die Gemeinsame Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Gemeinsame Datenstelle zu übermitteln.

(2) Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten informiert. (z.B. Ausdruck der übermittelten Daten).

§ 23

Datenzugang

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

§ 24
Datenaufbewahrung und -löschung

(1) Die im Rahmen des DMP übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der DMP beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

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

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

Abschnitt VIII

Evaluation

§ 25

Evaluation

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

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

Abschnitt IX

Vergütung und Abrechnung

§ 26

Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen und Schulungen

Die Vergütung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen sowie weiterer im Zusammenhang mit dem DMP stehender Leistungen und Kosten ist in dem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der DMP nach § 137f SGB V geregelt.

Abschnitt X

Sonstige Bestimmungen

§ 27

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

(1) Die KVHB liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide die für das DMP erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-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.

(3) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.

§ 28

Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.10.2026 in Kraft. Er löst den am 01.04.2021 in Kraft getretenen Vertrag nach § 137f SGB V ab. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einem Vertragspartner berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.

(2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP KHK, die infolge einer Änderung der RSAV, der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.

(3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 29

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.

§ 30

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite
zum Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Bremen und der KVHB

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen,
zugleich für die Knappschaft -
Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen,
zugleich für die SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen