

**Lesefassung der
Vereinbarung
zur Durchführung
der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V
Asthma bronchiale und
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)**

**in der geänderten Fassung des 10. Nachtrags vom 01.04.2024
zwischen**

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
vertreten durch den Vorstand

und

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
vertreten durch den Vorstand

dem BKK Landesverband Süd
vertreten durch die Vorständin
für die diesem Vertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen

der IKK classic

den Ersatzkassen in Hessen

- 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 Hessen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel**

**der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt**

nachstehend „die Krankenkassen in Hessen“ genannt

Inhaltsverzeichnis

ERLÄUTERUNGEN

PRÄAMBEL

ABSCHNITT I – ZIELE, GELTUNGSBEREICH

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

ABSCHNITT II – TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene)
- § 4 Teilnahmevoraussetzung und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors (Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene)
- § 4a Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnis der Leistungserbringer

ABSCHNITT III – VERSORGUNGSINHALTE

- § 9 Medizinische Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD

ABSCHNITT IV – QUALITÄTSSICHERUNG

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

ABSCHNITT V – TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER 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 – SCHULUNG VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

- § 19 Information und Schulung von Ärzten
- § 20 Information und Schulung von Versicherten

ABSCHNITT VII – ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

- § 21 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V
- § 22 Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

ABSCHNITT VIII – DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN ÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

- § 23 Erst- und Folgedokumentation
- § 24 Datenstelle
- § 25 Datenflüsse zur Datenstelle
- § 26 Datenzugang
- § 27 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

ABSCHNITT IX – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

- § 29 Vertragsärztliche Leistungen
- § 30 Vergütung Dokumentation und Schulung

ABSCHNITT X – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

- § 31 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 32 Evaluation
- § 33 Laufzeit, Kündigung und Schriftform
- § 34 Salvatorische Klausel

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

ERLÄUTERUNGEN

Ärzte sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte, i.S.d. §§ 3 und 4, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, 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

Arbeitsgemeinschaft ist eine solche i.S.d. § 21

BAS ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

Datenstelle ist eine solche i.S.d. § 24

DMP sind Disease-Management-Programme, d. h. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V mit der jeweils indikationsspezifischen Bezeichnung unter der sie den Versicherten seitens der Krankenkasse vorgestellt werden

DMP-A-RL ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung

Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL sind die in der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten. Dokumentationsdaten der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 10 bzw. Anlage 12 werden auf maschinell verwertbaren Datenträgern elektronisch erstellt und enthalten die in den Anlagen Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung entspricht den Versorgungsinhalten.

DS-GVO ist die Europäische Datenschutzgrundverordnung

EBM ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab

Facharzt ist ein Arzt i.S.d. § 4

G-BA ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V

GOP steht für Gebührenordnungsposition

Koordinierender Arzt ist ein Arzt i.S.d. § 3

Krankenhäuser sind Einrichtungen i.S.d. § 4a

KV Hessen steht für die Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Leistungserbringer sind Ärzte, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie bei diesen angestellte Ärzte i.S.d. §§ 3 und 4 und Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen i.S.d. § 4a, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

Rehabilitationseinrichtungen sind Einrichtungen i.S.d. § 4a

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

UE ist eine Unterrichtseinheit

Hinweis:

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

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

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

PRÄAMBEL

- (1) Epidemiologische Daten des Robert-Koch-Instituts schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf 6,2 % der erwachsenen Bevölkerung und 10% der Kinder. Bei Kindern ist Asthma bronchiale die häufigste chronische Erkrankung. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.
Die Datenlage zu COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach Angaben des Robert-Koch-Instituts 5,8% der Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD).

Beide Erkrankungen fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei an Asthma bzw. an COPD erkrankten Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Bei den chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht. Diesem Umstand wird im Rahmen der DMP Rechnung getragen.

- (2) Im Rahmen dieser Vereinbarung werden Regelungen für die ärztliche Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale sowie von Patienten mit COPD einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu den Krankenkassen definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten.
- (3) Die Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale oder COPD soll durch ein DMP nach § 137f SGB V optimiert werden. Die Vereinbarung, die auf der RSAV sowie der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung beruht, soll eine möglichst flächendeckende, den wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, qualitätsgesicherte Versorgung und Schulung der Asthma- und COPD-Patienten gewährleisten. Sie wird dabei durch die von Ärzten in den vergangenen Jahren aufgebauten und von Krankenkassen finanzierten Strukturen sowie dem dadurch erreichten Qualitätsstandard in Hessen weiterentwickelt.
- (4) Die Vertragspartner stimmen in der Einschätzung überein, dass die Verankerung von Versorgungsleitlinien und die Vorgabe medizinischer Qualitätsziele zur Veränderung des ärztlichen Leistungs- und Verordnungsgeschehens führen kann. Dies ist bei der Weiterentwicklung des Vertrages sowie damit im Zusammenhang stehender vertraglicher Regelungen zu berücksichtigen.

- (5) Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma bronchiale und COPD gemeinsam in diesem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma bronchiale teilnehmen und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, kenntlich gemacht sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen geregelt.
- (6) Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

ABSCHNITT I

ZIELE, GELTUNGSBEREICH

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist u.a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der DMP Asthma bronchiale und COPD im Bereich der KV Hessen. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 9 (entspricht wörtlich den Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL) dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen erfolgen, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Die Ziele und Anforderungen an die DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner dieses Vertrages streben folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:

Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Anlage 9 Nummer 1.3 der DMP-A-RL):

- a.) bei Normalisierung bzw. 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 Asthma-bedingten Letalität,
- c.) adäquate Behandlung von Komorbiditäten,
- d.) das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.

Programmteil COPD (vgl. Anlage 11 Nummer 1.3 der DMP-A-RL):

Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptomen, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),

- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
- einer raschen Progredienz der Erkrankung

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

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

§ 2 Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

1. zugelassene Ärzte der KV Hessen und für zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte, die für die vertragsärztliche Versorgung ermächtigt sind und die nach Maßgabe des Abschnittes II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und eine Genehmigung erhalten haben.
2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieses Vertrages 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 teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Hessen darüber informiert wurden. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KV Hessen, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 30 anerkennen.

Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV Hessen informiert die teilnehmenden Ärzte und die Krankenkassen die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen.

- (2) Grundlagen dieses Vertrages sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.

ABSCHNITT II

TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

§ 3

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 30 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich zugelassene Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) und/oder Anlage 1b (zur Teilnahme bei COPD) - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Kindern und Jugendlichen im Alter ab dem vollendeten ersten Lebensjahr bis zum vollendeten achtzehnten Lebensjahr ist im DMP Asthma bronchiale ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma bronchiale teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität - persönlich oder durch angestellte Ärzte nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) - erfüllen.
- (3) Die gleichzeitige Teilnahme von Ärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a und 1b erfüllt sind.
- (4) In Ausnahmefällen sind auch Ärzte als koordinierender Arzt am Programm teilnahmeberechtigt, sofern sie,
 - im Sinne der Anlage 2a bzw. 2b („Strukturqualität für Ärzte des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 Abs. 2 (2. Versorgungsebene) Asthma bronchiale bzw. COPD, pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor“) pneumologisch qualifiziert sind
 - oder
 - bereits am 31.03.2019 am strukturierten Behandlungsprogramm Asthma bronchiale teilgenommen haben und lediglich die bis dato geltenden Strukturqualitätsanforderungen erfüllen (Bestandsschutz).

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut¹ wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

¹ Als dauerhaft betreute Versicherte sind solche anzusehen, die bereits vor der Einschreibung mindestens zwei volle Quartale kontinuierlich behandelt wurden.

- (5) 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 MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (6) 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 KV Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Hessen vom anstellenden Arzt bzw. MVZ unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a bzw. 5b beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Ärzte“) mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
1. die Beachtung der in der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der in der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen (Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL) nach den Abschnitten VII und VIII,
 4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbeziehung gegenüber der KV Hessen nachgewiesen ist,
 6. die Beachtung der Überweisungsregelungen gemäß Anlagen 1a und/oder 1b,
 7. bei Vorliegen der in Anlagen 1a und/oder 1b genannten Indikationen, außer der Notfallindikation, ist eine Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen vorzunehmen,
 8. bei Überweisung und Einweisung
 - 8.1. therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - 8.2. von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
 9. soweit möglich 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 Dokumentationszeiträume, wenn der Versicherte an mehreren DMP teilnimmt,

10. bei Vorliegen der in der Anlage 9 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.4 der DMP-A-RL genannten Indikationen Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme. Dabei soll die Empfehlung ausgesprochen werden, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Rehabilitationseinrichtung gemäß Anlage 11a bzw. 11b („Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale bzw. COPD“) unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
11. die ausschließliche Verwendung 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 Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1. bis 11. entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des qualifizierten Versorgungssektors (Qualifizierte Fachärzte der 2. Versorgungsebene)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 30 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b - persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen und sicherstellen.
- (3) Die Strukturqualität muss der Arzt gegenüber der KV Hessen durch Unterschrift auf der Anlage 4 („Teilnahmeerklärung Ärzte“) zu Beginn der Teilnahme nachweisen. 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 (Anlage 4 „Teilnahmeerklärung Ärzte“) bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) 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 KV Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV

Hessen vom anstellenden Arzt bzw. MVZ mit Hilfe des in der Anlage 5a bzw. 5b beige-fügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Ärzte zur Teilnahmeerklärung“) unver-züglich mitgeteilt.

- (5) Die gleichzeitige Teilnahme von Ärzten an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.
- (6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbeson-dere:
 1. die Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung an-derer Leistungserbringer, unter Beachtung der Versorgungsinhalte gemäß dem § 9 und den Kooperationsregeln gemäß der Anlage 9 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6 der DMP-A-RL,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10 einschließlich einer qualitätsgesi- cherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbe- rechtigung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist,
 4. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Ziffer 1
 - therapierelevante Informationen gemäß § 9 wie z.B. medikamentöse Thera- pie, zu übermitteln,
 - von diesen Leistungserbringern therapierelevante Informationen einzufordern,
 5. die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-koordinierenden Arzt gemäß § 3 Abs. 2 unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen, wenn sich der Gesundheitszustand des Versicherten stabilisiert hat.
 6. bei Vorliegen der in Anlage 9 bzw. Anlage 11 unter Nummer 1.6.3 der der DMP-A- RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninte- ressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am Programm teilneh- mende Krankenhaus gemäß den Anlagen 11a und 11b („Leistungserbringerver- zeichnisse stationärer Sektor“) vorzunehmen und den DMP-koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Für den Fall einer Notfallindikation kann eine Einweisung in jedes Krankenhaus erfolgen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 6 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Be- achtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4a

Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen an diesem Pro- gramm ist freiwillig.

- (2) Geeignete Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind gesondert vertraglich von Anfang an einzubeziehen.
 1. Teilnahmeberechtigt sind Krankenhäuser, wenn sie die Strukturqualität, welche in den jeweiligen Anlagen zu den Krankenhausverträgen geregelt ist, zu Beginn der Teilnahme erfüllen und sich verpflichten, die medizinischen Anforderungen der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL zu beachten.
 2. Teilnahmeberechtigt sind Rehabilitationseinrichtungen, die an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135a SGB V i.V.m. § 137d Abs. 1 und 2 SGB V und dem Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung oder der Spitzenverbände der Krankenkassen teilnehmen, die die Strukturqualität, welche in den jeweiligen Anlagen zu den Rehabilitationsverträgen geregelt ist, zu Beginn der Teilnahme erfüllen und die sich verpflichten, die medizinischen Anforderungen der RSAV sowie der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die Einrichtungen die Strukturqualität nach Abs. 2 erfüllen.

§ 5 Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion und der Indikation, für die er teilnehmen will sowie entsprechend den Voraussetzungen als Arzt nach § 3 und/oder § 4 gegenüber der KV Hessen schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 4 („Teilnahmeerklärung Ärzte“) zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden MVZ auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 5a bzw. 5b („Ergänzungserklärung Ärzte“) beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Hessen 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 Arzt genehmigt mit seiner Unterschrift den Vertrag, den die Krankenkassen und die KV Hessen in Vertretung für ihn ohne Vollmacht mit der Datenstelle nach § 24 geschlossen haben.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Arzt die Arbeitsgemeinschaft, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Der Arzt wird

unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

- (4) Die Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 4a können von den Krankenkassen vertraglich eingebunden werden, wenn sie das Erfüllen der Strukturqualität erklären.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die KV Hessen überprüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4.
- (2) Die KV Hessen erteilt den gemäß §§ 3 und 4 teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in den Anlagen 1a und/oder 1b, 2a und/oder 2b, 3a und/oder 3b genannte Strukturqualität entsprechend der Angabe der auf der Teilnahmeerklärung gewählten Funktion und Indikation erfüllen.
- (3) Die Krankenkassen in Hessen überprüfen die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturqualität gemäß § 4a.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung durch die KV Hessen, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme gegenüber der KV Hessen schriftlich kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals. Die KV Hessen informiert unverzüglich die Krankenkassen.
- (3) Die Teilnahme eines Arztes endet auch durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2 oder durch den Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Hessen.
- (5) Endet oder ruht die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um ggf. einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (6) Hat der Arzt seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 bis 5 für beide Indikationen jeweils gesondert.

- (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 beigefügten Formular (Anlage 5a bzw. 5b „Ergänzungserklärung Ärzte“).
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a und/oder 1b („Strukturqualität für Ärzte nach § 3 Absatz 2“) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Verzeichnis der Leistungserbringer

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß der §§ 3 und 4 führt die KV Hessen jeweils ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Hessen stellt diese Verzeichnisse den Krankenkassen bei jeder Änderung insbesondere zu Eintritt und Austritt der Ärzte oder bei einer Änderung der lebenslangen Arztnummer in elektronischer Form, entsprechend den Anlagen 7a und 7b („Leistungserbringerverzeichnis ambulanter Sektor“) einmal wöchentlich zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen in Hessen führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Die stationären Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen der KV Hessen mit jeder Änderung zur Verfügung.
- (3) Die zusammengefassten Leistungserbringerverzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin wird das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis folgenden Personenkreisen in geeigneter Weise zur Verfügung gestellt:
1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Hessen,
 2. den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach § 4a durch die Krankenkassen in Hessen,
 3. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung durch die Krankenkasse,

4. der Datenstelle nach § 24 elektronisch durch die KV Hessen und
 5. der Gemeinsamen Einrichtung nach § 22.
- (5) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis mit Zustimmung der Ärzte veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 4 („Teilnahmeerklärung Ärzte“) erteilt.

ABSCHNITT III

VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL definiert und in ihrer jeweils gültigen Fassung Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 die Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen für Asthma bronchiale und COPD teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Asthma bronchiale oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (3) Die Anforderungen an die Behandlung nach Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

ABSCHNITT IV

QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind diagnosespezifisch die in den Anlagen 6a (Asthma bronchiale) und 6b (COPD) genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen).
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. Soweit Ärzte sich bei ihren Verordnungen für DMP-Patienten an die Vorgaben des Programms halten, soll dies als Praxisbesonderheit im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung berücksichtigt werden.
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 9 bzw. 11 Nummer 1.6 ff. der DMP-A-RL.
4. Einhaltung der im Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität.
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL.
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b („Qualitätssicherung“) zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend § 2 der DMP-A-RL gehören insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ist ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Ärzte,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b („Qualitätssicherung“) fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlagen 6a bzw. 6b („Qualitätssicherung“) Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Krankenkassenverbänden bzw. der Gemeinsamen Einrichtung in der Regel jährlich zu veröffentlichen. Der versichertenbezogene Qualitätssicherungsbericht ist dem BAS spätestens bis zum 01.10. des Folgejahres vorzulegen. Die Krankenkassen haben anschließend (spätestens bis zum 31.12. des jeweiligen Jahres) den Bericht in geeigneter Form der Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- (1) Verstößt der teilnehmende Arzt nach § 3 gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, ergreift die KV Hessen eine der folgenden Maßnahmen. In der Gemeinsamen Einrichtung ist die Maßnahme abzustimmen, sie kann darüber hinaus eigene Fälle zur Prüfung anmelden.
1. Keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für unvollständige/unplausible/verspätete Dokumentationen.
 2. Aufforderung durch die KV Hessen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (wenn z.B. nicht fristgerecht bzw. keine Übersendung der Dokumentationen).
 3. Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Hessen nach Anhörung der Krankenkassen.
 4. Hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen (z.B. Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, kein Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (2) Übernimmt ein teilnehmender Arzt in den Ausnahmefällen, wie sie in den Anlagen 1a und 1b („Strukturqualität für Ärzte des hausärztlichen Versorgungssektors nach § 3 Absatz 2“) genannt sind, die Langzeitbetreuung, Koordination und Dokumentation des Versicherten und verstößt er hierbei gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, gilt Absatz 1 analog.

ABSCHNITT V TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß der Anlage 9 bzw. Anlage 11 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
1. Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale ab dem vollendeten ersten Lebensjahr:
 - 1.1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose Asthma bronchiale auf der Grundlage einer aktuellen oder längstens 12 Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gemäß der Anlage 9 Nummer 1.2 der DMP-A-RL sowie Erfüllung der allgemeinen und speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Nummer 3.1 und 3.2 der DMP-A-RL,

- 1.2. die umfassende Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV sowie die schriftliche oder elektronische² Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung, nach der sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit erklärt und in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) einwilligt,
 - 1.3. die umfassende, auch schriftliche oder elektronische Information des 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 strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt 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,
 - 1.4. Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein gemäß der Anlage 9 Nummer 3.2 der DMP-A-RL,
 - 1.5. der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in der Anlage 9 Nummer 1.3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitiert und
 - 1.6. der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
2. Teilnahme am Programm zu COPD ab dem Alter von 18 Jahren:
- 2.1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose COPD auf der Grundlage einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV unter 80 % des Sollwertes sowie Erfüllung der allgemeinen und speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 11 Nummer 3.1 und 3.2 der DMP-A-RL,
 - 2.2. die umfassende Information über das Disease-Management-Programm entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV sowie die schriftliche oder elektronische² Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung, nach der sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit erklärt und in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) einwilligt,
 - 2.3. die umfassende, auch schriftliche oder elektronische Information des 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

² Hinweis: Die elektronische Übermittlung ist möglich, sobald die technischen, datenschutzrechtlichen und prozessualen Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen sind.

und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,

- 2.4. Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein gemäß Anlage 11 Nummer 3.2 der DMP-A-RL,
 - 2.5. der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in der Anlage 11 Nummer 1.3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitiert und
 - 2.6. der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (2) Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren der in den Richtlinien des G-BA genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma bronchiale und zu COPD ist nicht möglich. Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma bronchiale und COPD hat in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf eine Einschreibung in das vom Arzt als vorrangig einzustufende DMP zu erfolgen. Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma bronchiale 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.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 8, 9 und 10 umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem teilnehmenden Arzt gemäß § 3 einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP müssen den teilnehmenden Krankenkassen neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen vorliegen:

1. die schriftliche oder elektronische³ Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 (Asthma bronchiale) bzw. Anlage 12 (COPD) der DMP-A-RL durch den koordinierenden Arzt.
- (4) Mit der Teilnahmeerklärung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt sowie das Behandlungsprogramm. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 für die jeweilige Diagnose an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL vorliegen. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird. 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) Auch bei den Krankenkassen in Hessen kann der Versicherte die Teilnahme- und Einwilligungserklärung unterschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an teilnehmende koordinierende Ärzte verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 und Abs. 4 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 und Abs. 4 vorliegen und die Krankenkasse den Versicherten eingeschrieben hat, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 8 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Bei Versicherten, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wird die Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den gesetzlichen Vertreter abgegeben; im Übrigen gilt § 36 SGB I.

³ Hinweis: Die elektronische Übermittlung ist möglich, sobald die technischen, datenschutzrechtlichen und prozessualen Voraussetzungen zur Umsetzung geschaffen sind.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich oder elektronisch kündigen und/oder seine Einwilligung gemäß Anlage 8 („Teilnahme- und Einwilligungserklärung“) jederzeit in Textform gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Der Versicherte scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Eingang des Widerrufsschreibens bzw. des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus dem DMP aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch mit dem Tag
 1. der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen bzw. halbjährlich zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums übermittelt worden sind.
 2. der dauerhaften Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.
 3. des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten.
 4. des Kassenwechsels, außer wenn der Versicherte, der vorübergehend bei einer anderen Krankenkasse versichert war, innerhalb von sechs Monaten zu seiner früheren Krankenkasse zurückkehrt, im Übrigen gelten die Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV.
 5. der letzten gültigen Dokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL, wenn innerhalb von 12 Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen wurden.
 6. des Entfalls der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten.
- (4) Für Versicherte, die an dem Programm zu Asthma bronchiale teilnehmen, ist nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die unter der Anlage 9 Nummer 1.3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten schriftlich oder elektronisch und koordinierenden Arzt schriftlich über die Einschreibung des Versicherten in das Behandlungsprogramm und das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

- (6) Eine erneute Einschreibung eines Versicherten ist jederzeit möglich, sofern er die Voraussetzungen nach § 13 erfüllt.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt nach § 3 zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt in der Vertragsregion erstellt die Folgedokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 24. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.
- (2) Der bisherige Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.

§ 18

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Hessen bei Bedarf eine diagnosespezifische Liste mit den Krankenversichertennummern für die eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

ABSCHNITT VI

SCHULUNG VON ÄRZTEN UND PATIENTEN

§ 19

Information und Schulung von Ärzten

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen und die KV Hessen informieren die teilnehmenden Ärzte gemäß §§ 3, 4 umfassend über die Ziele und Inhalte der DMP Asthma bronchiale und COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten diagnosespezifischen Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnehmenden Ärzte bestätigen den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Die Schulung der teilnehmenden Ärzte nach §§ 3, 4 dient der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Teilnahmevoraussetzungen nach der Anlage 9 bzw. Anlage 11 Nummer 3 der DMP-A-RL ab.

- (3) Die im Zusammenhang mit der Strukturqualität (Anlagen 1a/b, 2a/b) geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Hessen nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte gemäß der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL einbezogen werden.
- (4) Die Kenntnis über Schulungsbestandteile, die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern erworben wurden, müssen nicht wiederholt werden.
- (5) Die für die Durchführung von DMP notwendigen Schulungsbestandteile entsprechen der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL. Darüber hinaus werden keine Schulungsbestandteile vermittelt.

§ 20

Information und Schulung von Versicherten

- (1) Die Krankenkasse informiert insbesondere anhand der Anlage 10 („Patienteninformation“) ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten diagnosespezifischen Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist grundsätzlich zu berücksichtigen. Der koordinierende Arzt prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm profitieren kann.
- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Bezugspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, vorzugsweise evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Sie verfolgen das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln.
- (4) Im Rahmen der DMP werden ausschließlich die in der jeweils gültigen, vom BAS als verwendungsfähig erklärten, Auflage genannten Schulungsprogramme gem. Anlage 12a und 12b („Patientenschulung“) eingesetzt. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte, insbesondere bezüglich der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin soll bei Schulungen grundsätzlich auf Inhalte verzichtet werden, die im Widerspruch zur DMP-A-RL stehen.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 3a und/oder 3b („Strukturqualität Schulungsarzt“) erfüllen und eine Genehmigung der KV Hessen erhalten haben.

- (6) Die teilnehmenden Ärzte nach den §§ 3 und 4 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils vorgesehenen Qualitätsanforderungen für Schulende der Programme, die in der Anlage 3a und/oder 3b („Strukturqualität Schulungsarzt“) benannt sind, zu erfüllen.
- (7) Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkassen.

ABSCHNITT VII

ARBEITSGEMEINSCHAFT UND GEMEINSAME EINRICHTUNG

§ 21

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

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 RSAV die Aufgabe, den bei ihr eingehenden versichertenbezogenen Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Hessen und die von den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung dieser Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 22

Bildung und Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterung der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Vertragspartner bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c) der RSAV zur gemeinsamen Erfüllung der dort genannten Aufgaben oder erweitern die Aufgaben einer schon bestehenden Gemeinsamen Einrichtung. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Der Gemeinsamen Einrichtung obliegt die Aufgabe - auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten - die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß Anlage 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 3. und - sofern dies vorgesehen ist - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 4. die versichertenbezogene Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation gemäß den Vorgaben des § 6 der DMP-A-RL.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung definiert die Anforderungen an die Asthma- und COPD-spezifischen Fortbildungen gemäß Anlagen 1a/b („Strukturqualität für Ärzte nach § 3 Absatz 2“) und 2a/b („Strukturqualität für Ärzte des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 Abs. 2“).

ABSCHNITT VIII

DOKUMENTATION UND DATENFLUSS ÜBER EINE DURCH DIE KRANKENKASSEN, DIE ARBEITSGEMEINSCHAFT UND DIE TEILNEHMENDEN ÄRZTE BEAUFTRAGTE DATENSTELLE

§ 23

Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und zu übermittelnden Dokumentationsdaten umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Ärzte nach der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL und die Evaluation nach den Vorgaben des § 6 der DMP-A-RL genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Der koordinierende Arzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL unter Berücksichtigung der Ausprägung des jeweiligen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall (einmal im Quartal oder jedes zweite Quartal) für den jeweiligen Versicherten maßgeblich ist.

§ 24 Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft (§ 21) haben eine Datenstelle mit einem gesonderten Vertrag mit den über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag) geregelten Aufgaben beauftragt. Sofern im Rahmen der Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme bereits eine Datenstelle beauftragt wurde, können die Aufgaben entsprechend erweitert werden. Der Datenstellenvertrag ist Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Der koordinierende Vertragsarzt genehmigt mit seiner Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung den für ihn in Vertretung ohne Vollmacht zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle geschlossenen Datenstellenvertrag und beauftragt die Datenstelle mit den darin genannten Aufgaben. Auf § 5 Abs. 3 Satz 2 und 3 wird verwiesen.

§ 25 Datenflüsse zur Datenstelle

- (1) Durch die Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL und
 2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen zehn Kalendertagen nach Dokumentationserstellung auf elektronischem Weg per E-Mail oder über das Arzt-Online-Portal der Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.

- (2) Für die elektronische Datenerfassung und -weiterleitung hält der koordinierende Arzt ab dem Zeitpunkt seiner Teilnahme die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Voraussetzungen vor.
- (3) Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0 bis 9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (4) Die Versicherten willigen einmalig mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung schriftlich in die Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL unterrichtet. Sie erhalten von jeder Dokumentation einen Ausdruck der übermittelten Daten.

- (5) Die Dokumentation ist gemäß den jeweils geltenden Vorgaben der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte vom Arzt aufzubewahren und nach Ablauf der Fristen zu vernichten. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt der koordinierende Arzt auf Anforderung dieses Exemplar der Prüfbehörde zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält er das Exemplar zurück.

§ 26 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses Behandlungsprogramms
wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen
werden beachtet.

§ 27 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten
personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten (Dokumentationsdaten gemäß An-
lage 2 i.V.m. Anlage 10 bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL) werden nach der erfolgreichen Über-
mittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungs-
fristen gem. § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchfüh-
rung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.

§ 28 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafge-
setzbuch (StGB) muss gewährleistet sein.
- (2) Die Ärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patien-
ten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung perso-
nenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften datenschutzrecht-
lichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften
für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen
und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von
personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages
vorzunehmen.

ABSCHNITT IX VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 29 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt im Rahmen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe des EBM in seiner jeweils gültigen Fassung und sind mit der, durch die Krankenkassen mit befreiender Wirkung zu zahlenden, morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den §§ 87a - d SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.

§ 30 Vergütung Dokumentation und Schulungen

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KV Hessen. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Ärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß der Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL und die fristgemäße elektronische Übermittlung der vollständigen Dokumentationsdaten für zur Teilnahme berechnigte Versicherte erhalten Ärzte nach § 3 folgende pauschale Vergütung:

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses	25,00 €	GOP Asthma: 92101 Ziffer COPD: 92118
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Ärzte nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses	15,00 €	GOP Asthma: 92102 Ziffer COPD: 92119
Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP)	Einmalig je weiteres DMP 5,00 €	GOP Asthma: 92103 GOP COPD: 92120
Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP	jeweils 2,50 €	GOP Asthma: 92104 GOP COPD: 92121

- (3) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität nach § 106d Abs. 3 Nr. 2 SGB V einer gesicherten Diagnose im Sinne von § 24 Abs. 1 Nr. 1 RSAV Voraussetzung.
- (4) Die Gebührenordnungspositionen der Erstdokumentation können grundsätzlich nur einmal abgerechnet werden.

Wurde vom koordinierenden Arzt „quartalsweise“ als Dokumentationsintervall auf der Erstdokumentation bzw. in der Folgedokumentation angegeben, wird je Patient und Quartal jedem Arzt höchstens eine Dokumentation vergütet. Für die Erstdokumentation wird einmalig die GOP 92101 bzw. 92118 pro Fall vergütet.

- (5) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KV Hessen innerhalb von maximal 10 Kalendertagen nach Ende des Dokumentationsquartals. Die Krankenkasse erhält von der Datenstelle monatlich die Anzahl der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen gegenüber der KV Hessen.
- (6) Es sind nur die in der Anlage 12a und/oder 12b („Patientenschulung“) aufgeführten Schulungsmaßnahmen zugelassen und abrechnungsfähig und werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung wie folgt honoriert:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahren)	max. 8	18 UE à 45 Min. für Kinder u. Jugendliche; 12 UE à 45 Min. für Erziehungsberechtigte (Gruppenschulung)	25,00 €	92108 Kinder u. Jugendliche
				92114 Betreuungsperson
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahren)		Einzelschulung	25,00 €	92108 E Kinder u. Jugendliche

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	25,00 €	92114 E Betreuungsperson 92108 N Kinder u. Jugendliche 92114 N Betreuungsperson
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92108 W Kinder u. Jugendliche 92114 W Betreuungsperson
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92108 V Kinder u. Jugendliche 92114 V Betreuungsperson
Schulungsmaterial für Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92109

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma Kleinkindschulung (ASEV)	max. 7	13 UE à 45 Min. (Gruppenschulung)	27,00 €	92116
Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma Kleinkindschulung (ASEV)		Einzelschulung	27,00 €	92116 E
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	27,00 €	92116 N
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	27,00 €	92116 W
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	27,00 €	92116 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 13. UE (letzte Schulung) ASEV*)		Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 13 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92116 Q
Schulungsmaterial für Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern (ASEV)	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92117
Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA) Nicht abrechenbar neben MASA	max. 8	6 UE à 60 Min. (Gruppenschulung)	25,00 €	92110
Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA) Nicht abrechenbar neben MASA		Einzelschulung	25,00 €	92110 E
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	25,00 €	92110 N

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92110 W
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92110 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 6. UE (letzte Schulung) NASA*)		Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 6 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92110 Q
Schulungsmaterial für NASA	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92111
Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (MASA) Nicht abrechenbar neben NASA	max. 10	6 UE à 60 Min. (Gruppenschulung)	25,00 €	92112
Modulares ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (MASA) Nicht abrechenbar neben NASA		Einzelschulung	25,00 €	92112 E
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	25,00 €	92112 N
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92112 W
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92112 V

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 6. UE (letzte Schulung) MASA*)		Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 6 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92112 Q
Schulungsmaterial für MASA	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92113
Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) Nicht abrechenbar neben Bad Reichenhaller Modell	max. 8	6 UE à 60 Min. (Gruppenschulung)	25,00 €	92125
Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA) Nicht abrechenbar neben Bad Reichenhaller Modell		Einzelschulung	25,00 €	92125 E
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	25,00 €	92125 N
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92125 W
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92125 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 6. UE (letzte Schulung) COBRA*)		Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 6 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92125 Q
Schulungsmaterial für COBRA	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92126
Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell	5-10 (max. 15)	6 UE à 60 Min. (Gruppenschulung)	25,00 €	92127

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
Nicht abrechenbar neben COBRA				
Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell Nicht abrechenbar neben COBRA		Einzel Schulung	25,00 €	92127 E
		Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient)	25,00 €	92127 N
		Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92127 W
		Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 13	25,00 €	92127 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 6. UE (letzte Schulung) Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell *)		Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 6 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92127 Q
Schulungsmaterial für Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell	pro Patient		Abgabe über die KV Hessen	92128

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit	GOP
<p>Anmerkung: Die o.g. Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn entsprechend § 15 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) die Schulungseinheiten durch den Schulungsarzt erbracht worden sind. Eine Unterrichtseinheit, deren Leistungsinhalt gemäß Abs. 6 nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden. Pro Tag und Versicherten sind in der Asthma-Schulung für Kinder und Jugendliche maximal 6 Unterrichtseinheiten abrechenbar; für die Schulung der Betreuungsperson(en) der im DMP Asthma eingeschriebenen Kinder maximal 4 Unterrichtseinheiten. In allen anderen in der vorgenannten Tabelle aufgeführten Asthma bronchiale/COPD-Schulungsprogrammen können pro Tag und Versicherten maximal 6 Unterrichtseinheiten abgerechnet werden, vorausgesetzt die Schulung wird mit ausreichenden Pausen zwischen den Unterrichtseinheiten gestaltet, die eine Überforderung des Versicherten vermeiden.</p>				

- (7) Alle Unterrichtseinheiten einer Schulung sind in der Regel innerhalb eines Abrechnungsquartals, maximal aber innerhalb von 2 Quartalen durchzuführen.
- (8) Schulungen finden in der in Abs. 6 für die jeweilige Schulung laut Curriculum angegebenen Größe der Kleingruppe statt. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung bei Vorliegen der Voraussetzungen zugunsten einer Einzelschulung abgewichen werden. Die Kriterien für die Durchführung wurden unter den Vertragspartnern in Anlage 13 vereinbart.
- (9) Schulungen können innerhalb eines Zeitraums von 8 Quartalen grundsätzlich nicht wiederholt werden. Die KV Hessen stellt in der Anwendung des Regelwerks sicher, dass identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen nicht innerhalb des Zeitraums von 8 Quartalen erneut abgerechnet werden. Wiederholungsschulungen (Wiederholung aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), die in Einzelfällen aus medizinischer Sicht vor Ablauf von 8 Quartalen notwendig sind, bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Wiederholungsschulungen vor Ablauf von 8 Quartalen gegenüber der KV Hessen erhalten die schulungsspezifischen Gebührenordnungspositionen den Buchstaben V. Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition mit dem Buchstaben W versehen.
- (10) Eine ebenfalls nur in Einzelfällen vorgesehene Nachschulung (max. 1 bis 2 Unterrichtseinheiten) greift nur einzelne Schulungseinheiten erneut auf, wenn sich herausstellen sollte, dass bestimmte relevante Lerninhalte vom Versicherten nicht hinreichend umgesetzt werden konnten.

Nachschulungen bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Die

Kriterien, nach denen Nachschulungen bewilligt werden können, sind in Anlage 13 („Kriterien zur Durchführung von Einzel, Wiederholungs- und Nachschulungen“) definiert. In der Abrechnung werden die Nachschulungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition mit dem Buchstaben N versehen.

- (11) Identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

Je eingeschriebenem Versicherten ist nur jeweils eine der unter Abs. 6 genannten Schulungen mit gesicherter Diagnose („G“) abrechnungsfähig.

- (12) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den §§ 87a - d SGB V. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungsziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus.
- (13) Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (14) Die KV Hessen stellt eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gemäß vorstehenden Absätzen über das Regelwerk sicher. Zur Prüfung des DMP-Teilnahmestatus von Arzt und Patient nutzt die KV Hessen die von der Datenstelle regelmäßig zur Verfügung gestellten Informationen und gewährleistet gegenüber den Krankenkassen/-verbänden in Hessen somit eine vertragskonforme Abrechnung.
- (15) Die Ausweisung der Leistungen nach dieser Vereinbarung im Formblatt 3 erfolgt in der GKV Kontenart 404, Kapitel 84 DMP Schulungen auf Ziffernebene (Ebene 6) und GKV Kontenart 994, Kapitel 84 Dokumentation auf Ziffernebene (Ebene 6).

ABSCHNITT X

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 31

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die KV Hessen liefert gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten - versicherten- und arztbezogen - an die Krankenkassen.
- (2) Die Übermittlung der Abrechnungsdaten erfolgt analog den Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 32

Evaluation

- (1) Die Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die zur Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen sowie von der Gemeinsamen Einrichtung und der Arbeitsgemeinschaft (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

§ 33

Laufzeit, Kündigung und Schriftform

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2007 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV bzw. der DMP-A-RL in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.
- (3) Bei einer Wiedenzulassung gelten die nach der letzten erforderlich gewordenen Vertragsanpassung abgegebenen Erklärungen weiter.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall und Änderung der RSA-Anbindung der DMP bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

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

§ 34 **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.

ÜBERSICHT DER ANLAGEN

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1a	Strukturqualität für Ärzte des hausärztlichen Versorgungssektors nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) Asthma bronchiale
Anlage 1b	Strukturqualität für Ärzte des hausärztlichen Versorgungssektors nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) COPD
Anlage 2a	Strukturqualität für Ärzte des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) Asthma bronchiale
Anlage 2b	Strukturqualität für Ärzte des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) COPD
Anlage 3a	Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung Asthma bronchiale
Anlage 3b	Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung COPD
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 5a	Ergänzungserklärung Ärzte Asthma bronchiale
Anlage 5b	Ergänzungserklärung Ärzte COPD
Anlage 6a	Qualitätssicherung Asthma bronchiale (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)
Anlage 6b	Qualitätssicherung COPD (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen)
Anlage 7a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
Anlage 7b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)
Anlage 8	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 9	Datenschutzerklärung
Anlage 10	Patienteninformation
Anlage 11a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor)
Anlage 11b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (stationärer Sektor)
Anlage 12a	Patientenschulungen Asthma bronchiale gemäß § 20 des Vertrages
Anlage 12b	Patientenschulungen COPD gemäß § 20 des Vertrages
Anlage 13	DMP-Schulungen in Hessen „Kriterien zur Durchführung von Einzel, Wiederholungs- und Nachschulungen“