

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 8. Nachtrags vom 01.04.2018

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
vertreten durch den Vorstand

und

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
vertreten durch den Vorstand

**dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen**
vertreten durch den Vorstand

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 Versorgungsbereiches (koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene)
- § 4 Teilnahmevoraussetzung und Aufgaben des qualifizierten Versorgungsbereiches (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 – SCHULUNGEN 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 unbesetzt
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung
- § 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

ABSCHNITT IX – VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

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

ABSCHNITT X – SONSTIGE BESTIMMUNGEN

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

ÜBERSICHT ANLAGEN

ERLÄUTERUNGEN

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

Ärzte sind - ggf. anstellende - Vertragsärzte und Vertragsärztinnen i.S.d. §§ 3 und 4.

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.

BVA ist das Bundesversicherungsamt.

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.

DMP-RL ist die DMP-Richtlinie.

Dokumentationsdaten sind die nach Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.

EBM ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.

Facharzt ist ein Leistungserbringer i.S.d. § 4.

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

Gemeinsame Einrichtung ist eine solche i.S.d. § 22.

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

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

Krankenkassen sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände.

KV Hessen ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen.

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

Patient sind weibliche und männliche Patienten.

Qualifizierte Einrichtung ist eine Einrichtung, die gemäß Teil B II. Ziffer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der DMP-RL bzw. Anlage 11 Ziffer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der DMP-A-RL für die Leistung-

gen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

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

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.

UE ist eine Unterrichtseinheit.

Versicherte sind weibliche und männliche Versicherte.

Ziffernbezeichnung gilt jeweils – sofern nicht im Text ersichtlich – gleichermaßen für die DMP-RL und DMP-A-RL

PRÄAMBEL

- (1) Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf 5-7 % der erwachsenen Bevölkerung und 10-15 % 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 10-15 % der Erwachsenen in Deutschland an einer chronischen Bronchitis. Von diesen Menschen entwickeln wahrscheinlich 15-20 % eine obstruktive Lungenerkrankung.

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 Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Bei den chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassozierten 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 sowie COPD soll durch ein DMP nach § 137f SGB V optimiert werden. Die Vereinbarung, die auf der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA 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 die in den vergangenen Jahren durch die von Ärzten aufgebauten und von Krankenkassen finanzierten Strukturen und den dadurch erreichten Qualitätsstandard in Hessen weiterentwickeln.
- (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 des vorliegenden 7. Nachtrags der Vereinbarung zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL, sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016, 01.07.2016, 01.01.2017 und 18.11.2017 in Kraft getreten sind.

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 der DMP-RL Teil B II. und Anlage 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 und den Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner dieses Vertrages streben folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:

Programmteil Asthma bronchiale (vgl. Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II.):

1. Vermeidung/Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,

- krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
- einer Progredienz der Krankheit, unerwünschten Wirkungen der Therapie

bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;

2. Reduktion der Asthma-bedingten Letalität.

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

- 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, für zugelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte oder qualifizierte Einrichtungen, 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 § 31 anerkennen.

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

- (2) Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.

TEILNAHME DER LEISTUNGSERBRINGER

§ 3

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Vertrag ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 31 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich zugelassene Ärzte und Einrichtungen, 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.
- (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 und Ärztinnen und des fachärztlichen Versorgungssektors nach § 4 Abs. 2 (2. Versorgungsebene) Asthma bronchiale bzw. COPD“) pneumologisch qualifizierter Versorgungssektor“) pneumologisch qualifiziert sind
 - oder
 - im Sinne der Anlage 1a bzw. 1b („Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen und des hausärztlichen Versorgungssektors nach § 3 Abs. 2 (1. Versorgungsebene) Asthma bronchiale bzw. COPD“) als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung den Nachweis erbracht haben, dass sie bei mindestens durchschnittlich 15 Patienten pro Quartal eine Gebührenposition abrechnen, in der die Spirometrie enthalten ist.

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.

- (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 Medizinischen Versorgungszentrums, 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 Medizinische Versorgungszentrum 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. Medizinischen Versorgungszentrum unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a bzw. 5b beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“) mitgeteilt.
- (7) Zu den Pflichten der koordinierenden Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Beachtung der in der DMP-RL Teil B II. 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 DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL geregelten Versorgungsinhalte,
 3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gem. § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der Dokumentationen (Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. 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 gem. § 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

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

- 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 DMPs teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume, wenn der Versicherte an mehreren DMPs teilnimmt,
- 10. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.
- 11. 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 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 Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4

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

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 31 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und/oder 2b „Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen nach § 4 Absatz 2“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
- (3) Die Strukturqualität muss zu Beginn der Teilnahme des Arztes gegenüber der KV Hessen nachgewiesen werden. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung

rung nach § 5 (Teilnahmeerklärung Leistungserbringer) bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, 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 Medizinische Versorgungszentrum 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. Medizinischen Versorgungszentrums mit Hilfe des in der Anlage 5a bzw. 5b beigefügten Formulars (Anlage „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ zur Teilnahmeerklärung) unverzüglich 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 insbesondere:
 1. die Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, unter Beachtung der Versorgungsinhalte gemäß dem § 9 und den Kooperationsregeln gemäß der Ziffer 1.6 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist,
 4. bei Überweisung an andere Leistungserbringer im Sinne von Ziffer 1
 - therapierelevante Informationen gemäß § 9 wie z.B. medikamentöse Therapie, 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 unter Ziffer 1.6.3 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Indikationen unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am Programm teilnehmende Krankenhaus gemäß den Anlagen 12a und 12b 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 Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie die diese ersetzen-

den oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

§ 4a

Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen an diesem Programm 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 DMP-RL Teil B II. 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 und sich verpflichten, die medizinischen Anforderungen der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.
- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern diese 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 Leistungserbringer“) zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums 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 Leistungserbringer“) 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

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, 1b, 2a und/oder 2b genannte Strukturqualität entsprechend der Angabe auf der Teilnahmeerklärung gewählte Funktion und Indikation erfüllen.

§ 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 gem. § 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 Leistungserbringer“).
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a und/oder 1b „Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen 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 §§ 3 und 4 führt die KV Hessen jeweils ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Hessen stellt diese Verzeichnisse den Krankenkassen schnellstmöglich, mindestens wöchentlich, in elektronischer Form, entsprechend den Anlagen 7a und 7b 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 Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Weiterhin werden diese Leistungserbringerverzeichnisse folgenden Personenkreisen in geeigneter Weise zur Verfügung gestellt:
 1. am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringern durch die KV Hessen,

2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung durch die Krankenkasse,
 3. der Datenstelle nach § 24 durch die KV Hessen und
 4. der Gemeinsamen Einrichtung.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis kann veröffentlicht werden.

ABSCHNITT II

VERSORGUNGSINHALTE

§ 9

Medizinische Anforderungen an die Behandlungsprogramme Asthma bronchiale und COPD

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die teilnehmenden Leistungserbringer 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 Leistungserbringer Versicherte wegen Asthma bronchiale oder COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (3) Die Anforderungen an die Behandlung nach Ziffer 1 DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der Ziffer 1 DMP-RL Teil B II. 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 III

QUALITÄTSSICHERUNG

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind diagnosespezifisch die in den Anlagen 6a (Asthma) 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 Ziffer 1.6 ff. der DMP-RL Teil B II. bzw. 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL.
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von Ziffer 2 der DMP-RL Teil B II. bzw. § 2 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen entsprechend Ziffer 2 DMP-RL Teil B II. bzw. § 2 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung gehören insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b fixierten diagnosespezifischen Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und den Leistungsdaten der Krankenkassen ergeben.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6a bzw. 6b („Qualitätssicherung“) Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Krankenkassenverbänden bzw. der GE DMP Hessen in der Regel jährlich zu veröffentlichen. Der versichertenbezogene Qualitätssicherungsbericht ist dem BVA 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 (z.B. nicht fristgerecht bzw. keiner 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 bzw. bei qualifizierten Einrichtungen die 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 b genannt sind, die Langzeitbetreuung, Koordination und Dokumentation des Versicherten und verstößt er hierbei gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen gilt Absatz 1 analog.

ABSCHNITT IV TEILNAHME UND EINSCHREIBUNG DER VERSICHERTEN

§ 13 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Teilnahmevoraussetzungen gemäß der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL. erfüllt sind:
1. Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale ab dem Alter von 5 Jahren:
 - 1.1. gesicherte Diagnose Asthma bronchiale auf der Grundlage einer aktuellen oder längstens 12 Monate zurückliegenden asthmatypischen Anamnese gem. Ziffer 1.2 der DMP-RL Teil B II. sowie Erfüllung der allgemeinen und speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer 3.1 und 3.2 der DMP-RL Teil B II.,
 - 1.2. Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein gem. Ziffer 3.2 der DMP-RL Teil B II.,

- 1.3. der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II. genannten Therapieziele profitiert und
 - 1.4. der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
2. Teilnahme am Programm zu COPD ab dem Alter von 18 Jahren:
 - 2.1. gesicherte 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 Ziffern 3.1 und 3.2 Anlage 11 der DMP-A-RL,
 - 2.2. Befunde dürfen nicht älter als 12 Monate sein gemäß Ziffer 3.2 Anlage 11 der DMP-A-RL,
 - 2.3. der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 Anlage 11 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitiert und
 - 2.4. 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.

§ 14 Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte nach § 3 ihre Versicherten entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Anlage 9, 10 und 11 umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Die teilnehmenden Ärzte informieren entsprechend § 28d 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 Bestätigung der gesicherten Diagnose auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und
 2. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. (Asthma bronchiale) bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL (COPD) 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL vorliegt. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt im Sinne dieses Vertrages betreut wird.
- (5) Die Krankenkasse kann interessierte Versicherte beraten und die Teilnahme am DMP einleiten. 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 § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach Anlage 9 zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit. 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.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen 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 kündigen und/oder seine Einwilligung gemäß Anlage „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.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet auch mit dem Tag
 1. der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der

DMP-A-RL nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28f 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 6 Monaten zu seiner früheren Krankenkasse zurückkehrt, im Übrigen gelten die Regelungen des § 28d Abs. 3 RSAV.
 5. der letzten gültigen Dokumentation gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL, wenn innerhalb von 12 Monaten 2 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 Ziffer 1.3 der DMP-RL Teil B II. genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. 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 V

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) Schulungen der teilnehmenden Ärzte nach §§ 3, 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Teilnahmevoraussetzungen nach Ziffer 3 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 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 DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL einbezogen werden.
- (4) 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 Schulungsbestandteilen entsprechen der DMP-RL Teil B II. 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 11 ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten diagnosespezifischen Versorgungsziele, Ko-

operations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen 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 Anlage 15a und 15b genannten Schulungsprogramme genutzt. 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-RL bzw. der DMP-A-RL stehen.
- (5) Zur Schulung berechtigt sind die teilnehmenden Ärzte, die die Strukturvoraussetzungen der Anlage 14a und/oder 14b erfüllen und eine Genehmigung der KV Hessen erhalten haben.
- (6) Die teilnehmenden Leistungserbringer nach §§ 3 und 4 haben für die Schulungen, die sie durchführen wollen, die jeweils vorgesehenen Qualitätsanforderungen für Schulende der Programme, die in der Anlage 14a und/oder 14b benannt sind, zu erfüllen.
- (7) Eine Information über die zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme erhalten die Ärzte über die Internet-Seiten der jeweiligen Krankenkassen.

ABSCHNITT VI

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 § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden 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 § 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 § 28f 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 Dokumentationsdaten - die gemeinsame Qualitätssicherung gemäß Anlage 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 3. und - sofern dies vorgesehen ist - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-Richtlinie Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL,
 4. die 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 und 2a/b.

ABSCHNITT VII

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 erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung nach der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung nach Ziffer 2 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d RSAV, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer nach Ziffer 4 der DMP-RL Teil B II. 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. 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 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung auf elektronischem Weg per E-Mail oder des Arzt-Online-Portals der Datenstelle (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE 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 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. 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 Ärztinnen und 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 unbesetzt

§ 27 Datenzugang

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

§ 28 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten (Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 der DMP-A-RL i.V.m. Ziffer 5 der DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 12 der DMP-A-RL) werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Originaldokumente bzw. die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V. Sie werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

§ 29 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch (StGB) muss gewährleistet sein.
- (2) Die Ärzte sind verpflichtet, untereinander sowie gegenüber anderen Ärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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 VIII VERGÜTUNG UND ABRECHNUNG

§ 30 Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen 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.

§ 31 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 Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständige und plausible Dokumentation gemäß DMP-RL Teil B II. bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL und die fristgemäße elektronische Übermittlung der vollständigen Dokumentation 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 und Einrichtungen nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses | 25,00 € | Ziffer Asthma: 92101 Ziffer COPD: 92118 |
| Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Ärzte nach § 3 ggf. das Führen des Patientenpasses | 15,00 € | Ziffer Asthma: 92102 Ziffer COPD: 92119 |
| Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP) | Einmalig je weiteres DMP 5,- € | Ziffer Asthma: 92103 Ziffer COPD: 92120 |
| Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP | jeweils 2,50 € | Ziffer Asthma: 92104 Ziffer 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 § 28d Abs. 1 Ziffer 1 RSAV Voraussetzung.
- (4) Die Abrechnungsziffern 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/jeder Einrichtung höchstens eine Dokumentation vergütet. Für die Erstdokumentation wird einmalig die Abrechnungsziffer 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 15a und/oder 15b 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 | Abrechnungsnummer |
|--|-------------------------|--|--|----------------------------------|
| 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) | 22,50 € | 92108 Kinder u. Jugendliche |
| | | | | 92114 Betreuungsperson |
| Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahren) | | Einzelschulung | 22,50 € | 92108 E Kinder u. Jugendliche |
| | | | | 92114 E Betreuungsperson |
| | | Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE/Patient) | 22,50 € | 92108 N Kinder u. Jugendliche |

| Programm | Anzahl Patienten | Zeitlicher Rahmen | Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit | Abrechnungsnummer |
|--|------------------|--|---|--|
| | | Wiederholungsschulung nach Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 22,50 € | 92114 N Betreuungsperson 92108 W Kinder u. Jugendliche 92114 W Betreuungsperson |
| | | Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 22,50 € | 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 |
| 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 |
| | | Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten | 25,00 € | 92110 W |

| Programm | Anzahl Patienten | Zeitlicher Rahmen | Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit | Abrechnungsnummer |
|---|------------------|--|---|-------------------|
| | | Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 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 | | Einzelbildung | 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 16 | 25,00 € | 92112 W |
| | | Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 25,00 € | 92112 V |
| 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 | pro | | Abgabe über die | 92113 |

| Programm | Anzahl Patienten | Zeitlicher Rahmen | Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit | Abrechnungsnummer |
|--|------------------|--|---|-------------------|
| MASA | Patient | | KV Hessen | |
| 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 16 | 25,00 € | 92125 W |
| | | Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 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 Nicht abrechenbar neben COBRA | 5-10 (max. 15) | 6 UE à 60 Min. (Gruppenschulung) | 25,00 € | 92127 |
| Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungen- | | Einzelschulung | 25,00 € | 92127 E |

| Programm | Anzahl Patienten | Zeitlicher Rahmen | Vergütung pro Patient und je Unterrichtseinheit | Abrechnungsnummer |
|---|------------------|--|---|-------------------|
| emphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell Nicht abrechenbar neben COBRA | | 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 16 | 25,00 € | 92127 W |
| | | Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 | 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 |
| <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 Programmbeschreibung 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 16 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 Leistungserbringers und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Wiederholungsschulungen vor Ablauf von 8 Quartalen gegenüber der KV Hessen erhalten die schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffern den Buchstaben V. Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer 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 Leistungserbringers und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Die Kriterien, nach denen Nachschulungen bewilligt werden können, sind in Anlage 16 definiert. In der Abrechnung werden die Nachschulungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer 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 vorstehender Absätze 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 IX

SONSTIGE BESTIMMUNGEN

§ 32

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.

§ 33

Evaluation

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

§ 34

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 sowie die diese er-

setzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA 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 Wiederzulassung 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.

§ 35 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 und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsektors nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) Asthma bronchiale |
| Anlage 1b | Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen des hausärztlichen Versorgungsektors nach § 3 Absatz 2 (1. Versorgungsebene) COPD |
| Anlage 2a | Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen des fachärztlichen Versorgungsektors nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) Asthma bronchiale |
| Anlage 2b | Strukturqualität für Ärzte und Ärztinnen des fachärztlichen Versorgungsektors nach § 4 Absatz 2 (2. Versorgungsebene) COPD |
| Anlage 3a | unbesetzt |
| Anlage 3b | unbesetzt |
| Anlage 4 | Teilnahmeerklärung Leistungserbringer |
| Anlage 5a | Ergänzungserklärung Leistungserbringer Asthma bronchiale |
| Anlage 5b | Ergänzungserklärung Leistungserbringer 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 8a | unbesetzt |
| Anlage 8b | unbesetzt |
| Anlage 9 | Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung |
| Anlage 10 | Datenschutzerklärung |
| Anlage 11 | Patienteninformation |
| Anlage 12a | Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor) |
| Anlage 12b | Leistungserbringerverzeichnis COPD (stationärer Sektor) |
| Anlage 13 | unbesetzt |
| Anlage 14a | Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung Asthma bronchiale |
| Anlage 14b | Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungseinrichtung COPD |
| Anlage 15a | Patientenschulungen Asthma bronchiale gemäß § 20 des Vertrages |
| Anlage 15b | Patientenschulungen COPD gemäß § 20 des Vertrages |
| Anlage 16 | DMP-Schulungen in Hessen „Kriterien zur Durchführung von Einzel, Wiederholungs- und Nachschulungen“ |