

Vereinbarung

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

in der geänderten Fassung ab 01.04.2018

zwischen

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

- 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

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt**
vertreten durch den Vorstand

(nachstehend „KV 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 koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4a Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 4b Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Schulungsberechtigungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 17 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 18 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

- § 19 Schulung der Ärzte
- § 20 Schulung der Versicherten

Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen in Hessen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

- § 21 Datenstelle
- § 22 Erst- und Folgedokumentationen
- § 23 Datenfluss zur Datenstelle
- § 24 Datenzugang
- § 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen in Hessen, die KV und die Gemeinsame Einrichtung

- § 26 Datenfluss
- § 27 Datenzugang
- § 28 Datenaufbewahrung und -löschung

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

- § 29 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 31 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X - Evaluation

- § 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

- § 34 Vertragsärztliche Leistungen
- § 35 Sondervergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

- § 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 37 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 38 Laufzeit und Kündigung
- § 39 Schriftform
- § 40 Salvatorische Klausel

Übersicht der Anlagen

Erläuterungen

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

1. **Anstellender Arzt** können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.
2. **Arbeitsgemeinschaft** ist eine solche i.S.d. §§ 29, 30.
3. **Ärzte** sind die Vertragsärzte/-innen, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Einrichtungen sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen i.S.d. § 3.
4. **BVA** ist das Bundesversicherungsamt.
5. **DMP** steht für Disease-Management-Programm.
6. **DMP-A-RL** ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
7. **Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL** sind die in der Anlage 2 in Verbindung mit Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten.
8. **EBM** ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab.
9. **Facharzt** ist ein Arzt bzw. eine Ärztin i.S.d. § 4a.
10. **Gemeinsame Einrichtung** ist eine solche i.S.d. §§ 31,32.
11. **G-BA** ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
12. **KHK** steht für die Indikation Koronare Herzkrankheit.
13. **Koordinierender Arzt** ist ein Arzt bzw. eine Ärztin i.S.d. § 3.
14. **Krankenhäuser** sind Einrichtungen i.S.d. § 4a.
15. **Rehabilitationseinrichtungen** sind Einrichtungen i.S.d. § 4b.
16. **RSaV** ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.
17. **Versicherte** sind weibliche und männliche Versicherte.

Allgemeiner Hinweis:

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

Zur besseren Lesbarkeit des Vertrages wurde die männliche Form gewählt; hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V optimiert werden. Deshalb schließen die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen folgenden Vertrag zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit.

Die KHK ist die Manifestation einer Arteriosklerose an den Herzkranzarterien. Sie führt häufig zu einem Missverhältnis zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot im Herzmuskel. Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Etwa 21 % der Bevölkerung in Deutschland verstirbt an akuten oder chronischen Folgen einer KHK. Die KHK ist die wichtigste Ursache der Herzinsuffizienz. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die KHK eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgeerkrankungen positiv beeinflusst werden können. Durch eine frühzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie können die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten erheblich reduziert werden. Für die Behandlung und Betreuung dieser KHK-Patienten müssen die Begleiterkrankungen (insbesondere die Hypertonie) und die besonderen Lebensumstände unter Beachtung der evidenzbasierten Medizin berücksichtigt werden. Der Verbesserung der Versorgung von KHK-Patienten wird von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen, um eine insgesamt ausgabenneutrale Implementierung strukturierter Behandlungsprogramme zu ermöglichen.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 6. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Patienten mit KHK. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Diese Ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages. Die Ärzte und die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP KHK in der Region Hessen hin.
- (2) Darüber hinaus soll der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt werden, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Absatz 3 genannten Ziele zu erreichen.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV festgelegt. Entsprechend Ziffer 1.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele an:
 - Reduktion der Sterblichkeit,
 - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz,
 - Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina pectoris-Beschwerden, Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.
- (4) Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sollten gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele, beispielsweise für Blutdruck, BMI, Lebensstilmodifikation (z.B. Nikotinverzicht), Stoffwechselfparameter, vereinbart werden.

§ 2

Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte sowie weitere Leistungserbringer der Region der KV Hessen, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
 2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
 3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Hessen darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KV Hessen, dass sie die außerbudgetären Vergütungen gemäß § 35 anerkennen. Die KV Hessen informiert die teilnehmenden Vertragsärzte. Der Sicherstellungsauftrag der KV Hessen bleibt von dieser Vereinbarung unberührt.
- (2) Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KV Hessen informiert die teilnehmenden Vertragsärzte und die Krankenkassen sowie die sonstigen teilnehmenden Einrichtungen darüber.

- (3) Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1 Nr. 3 sowie des Absatzes 2 erfolgen ggf. im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (4) Diese Vereinbarung gilt für Versicherte mit KHK.
- (5) Grundlage dieses Vertrages sind die §§ 2, 3, 28d und 28f der RSAV sowie die Richtlinien des G-BA zum DMP in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 35 Abs. 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Ärzte, die gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und Medizinische Versorgungszentren sofern sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen. Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme durch Unterschrift auf der Anlage Strukturqualität gegenüber der KV Hessen nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

In Ausnahmefällen können ein zugelassener oder ermächtigter, qualifizierter Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen ermächtigt ist, gemäß den Anlagen 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ bzw. der Anlage 2 des Krankenseinbindungsvertrages¹ „Strukturqualität Krankenhaus“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - auch als koordinierende Leistungserbringer tätig werden, wenn diese an dem Programm teilnehmen. Dies gilt insbesondere für die Versorgung von Versicherten, die bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft (mind. 12 Monate) betreut worden sind oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.
- (3) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (4) 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 mit Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ beigefügten Formulars zur Teilnahmeerklärung mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Ärzte (im Weiteren als koordinierende Ärzte bezeichnet) gehören insbesondere

¹ veröffentlicht unter <http://www.kvhessen.de>

1. die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Ärzte unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
2. 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 Programmen teilnimmt,
3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation (Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 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 Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen sowie das Angebot und/oder die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Hessen nachgewiesen ist (Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt“),
6. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte entsprechend der Anlage 3 „Strukturqualität für andere Leistungserbringer“ vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete, am Vertrag teilnehmende Krankenhaus, entsprechend der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.
9. 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.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-9 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4a

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 35 Absatz 1 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der fachärztlich tätige Internist, im Folgenden „Facharzt“ genannt, wenn er die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllt. Die Strukturqualität muss der Facharzt zu Beginn der Teilnahme durch Un-

terschrift auf der Anlage Strukturqualität gegenüber der KV Hessen nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ 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 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.
- (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 mit Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“ beigefügten Formulars zur Teilnahmeerklärung unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Aufgaben der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere
 1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsbezeichnung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung an andere Ärzte entsprechend der Anlage 3 „Strukturqualität für andere Leistungserbringer“ gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL.
 5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt innerhalb von 6 Monaten,
 6. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden Arzt nach § 3, zur Erstellung der Dokumentation,
 7. bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das (nächstgelegene) geeignete, am Vertrag teilnehmende Krankenhaus entsprechend der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
 8. bei Überweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-8 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4b

Krankenhäuser/Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen in Hessen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung sowie Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose KHK gesondert vertraglich in das DMP KHK ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser müssen die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß der Anlage 2 des Krankenhauseinbindungsvertrages¹ „Strukturqualität Krankenhaus“ erfüllen. Die Patienten sind gemäß den medizinischen Vorgaben der DMP-A-RL zu behandeln. Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.
- (2) Der Abschnitt XI zur Vergütung und Abrechnung gilt nicht für Krankenhäuser bzw. Rehabilitationseinrichtungen. Hier gelten die Regelungen nach KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz), BpflV (Bundespfllegesatzverordnung) und KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz). Für Rehabilitationseinrichtungen gelten für die Vergütung die Regelungen nach SGB V und SGB IX.
- (3) Soweit der Bedarf an Schulungen nach § 20 durch ambulante Ärzte nicht abgedeckt ist, können auch in Ausnahmefällen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 4b zur Durchführung ambulanter Schulungen berechtigt werden. Näheres hierzu wird im Rahmen der vertraglichen Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Zur Koordination der Schulungsmaßnahmen wird vor Erteilung derartiger Berechtigungen das Benehmen mit der KV Hessen hergestellt.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als fachärztlich tätiger Vertragsarzt nach § 4a gegenüber der KV Hessen schriftlich durch die Teilnahmeerklärung gemäß der Anlage 7 „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 beigefügten Formular zur Teilnahme, Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“, 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) Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den Vertrag, der von der nach § 29 zu bildenden Arbeitsgemeinschaft ohne Vollmacht, in Vertretung für ihn mit der Datenstelle geschlossen wird. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 und die Krankenkassen in Hessen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt er die Arbeitsgemeinschaft gem. § 29, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

¹ veröffentlicht unter <http://www.kvhessen.de>

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Schulungsberechtigungen

- (1) Die KV Hessen überprüft die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 4a.
- (2) Die KV Hessen überprüft darüber hinaus auch die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt“ für die Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4a entsprechend der Anforderungen an die Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Absatz 3 Satz 1.
- (3) Die Krankenkassen in Hessen überprüfen die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Strukturqualität gemäß dem § 4b.
- (4) Die Krankenkassen in Hessen überprüfen die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt“ für die Ärzte nach § 4b entsprechend der Anforderungen an die Schulungsprogramme in Verbindung mit § 20 Absatz 3 Satz 1.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß den §§ 3 und 4a am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV Hessen bestätigt.
- (2) Der Arzt gemäß §§ 3 und 4a kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hessen zum Ende des Quartals kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Enden bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die Zulassungsgremien.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen oder durch Ausschluss nach § 12 Abs. 2.
- (5) Endet oder ruht die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, können die Krankenkassen in Hessen den hiervon betroffenen Versicherten das Leistungserbringerverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 zu ermöglichen.
- (6) 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 durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem beigefügten Formular zur Teilnahmeerklärung, Anlage 7a „Ergänzungserklärung Leistungserbringer“.
- (7) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in den Anlagen 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ bzw. 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4a führt die KV Hessen ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Hessen stellt dieses Verzeichnis den Krankenkassen in Hessen bei jeder Änderung, insbesondere zu Ein- und Austritt der Ärzte oder bei einer Änderung der lebenslangen Arztnummer in elektronischer Form, z.B. als Excel-Datei, entsprechend der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ schnellstmöglich, mindestens einmal wöchentlich, zur Verfügung.
- (2) Die Krankenkassen in Hessen führen ein Verzeichnis der nach § 4b teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Dieses Verzeichnis wird den am Vertrag teilnehmenden Ärzten von der KV Hessen mit jeder Änderung zugänglich gemacht.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 entsprechend der Anlage 8 „Leistungserbringerverzeichnis“ werden von den Krankenkassen in Hessen zusammengefasst und dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.
- (4) Das zusammengefasste Leistungserbringerverzeichnis wird außerdem
 1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten gemäß den §§ 3 und 4a durch die KV Hessen,
 2. den Ärzten nach § 4b durch die Krankenkassen in Hessen,
 3. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse und
 4. der Datenstelle nach § 21 elektronisch durch die KV Hessen zur Verfügung gestellt.
- (5) Daneben kann das Leistungserbringerverzeichnis auch veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm KHK

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Der Vertragsarzt gemäß der §§ 3 und 4a verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen Koronarer Herzkrankheit aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.
- (3) Die Anforderungen an die Behandlung gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Die Qualitätssicherung erfolgt auf Basis der in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Erst- und Folgedokumentation) der DMP-A-RL genannten Dokumentationsdaten. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 12 „Qualitätssicherung“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere

1. die Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 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. die Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3, 4a und 4b,
5. die Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
6. die aktive Teilnahme der Versicherten.

Kontrollmaßnahmen werden durch die Gemeinsame Einrichtung beschlossen.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 12 „Qualitätssicherung“ zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören gemäß § 2 der DMP-A-RL insbesondere
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z.B. Remindersysteme) für Versicherte und koordinierende Ärzte,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für koordinierende Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte gemäß der §§ 3 und 4a und der eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Zur Auswertung der in Anlage 12 („Qualitätssicherung“) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.
- (4) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 12 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 12

Maßnahmen bei Nichteinhaltung der Vertragsvorgaben

- (1) Im Rahmen dieses DMP sind sich die Vertragspartner darüber einig, gegenüber den Ärzten, die gegen die im Programm festgelegten Anforderungen verstoßen, wirksame Maßnahmen zu ergreifen.
- (2) Verstößt der Arzt gemäß der §§ 3 und 4a gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen werden insbesondere folgende Sanktionen ergriffen:
 1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible und verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen,
 2. Aufforderung durch die KV Hessen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z.B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. auf Antrag eines Vertragspartners Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
 4. im Falle eines weiteren Verstoßes des Arztes gemäß der §§ 3 und 4a kann er von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes gemäß der §§ 3 und 4a entscheidet die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassen in Hessen (z.B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer 3 der Anlage 5 der DMP-A-RL erfüllt sind:
 1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Ziffern 1.2 und 3.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 9),
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkassen in Hessen übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
 3. die erfolgte Prüfung durch den Arzt, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Therapieziele profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

- (2) Wenn der Versicherte an mehreren der in der DMP-A-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen.
Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V ein.
- (3) Spezielle Teilnahmevoraussetzungen werden in den Anlagen 5 der DMP-A-RL geregelt.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen in Hessen werden zur Unterstützung der Ärzte gemäß § 3 ihre Versicherten entsprechend § 3 der DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch Einschreibeunterlagen, bestehend aus Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patientenmerkblatt entsprechend der Anlagen 9, 10 und 11 über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffern 3.1 und 3.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahmeerklärung.
- (2) Koordinierende Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 der DMP-A-RL ihre nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
1. die vollständigen Dokumentationsdaten der Einschreibedokumentation (Erstdokumentation) gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Arzt,
 2. die auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung eingetragene Bestätigung, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert ist und die Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und ob eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung durch die intensivierete Betreuung zu erwarten ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenstelle nach § 21 sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet.
- (5) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich grundsätzlich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (6) Der Versicherte kann sich auch bei den teilnehmenden Krankenkassen in Hessen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 9) von den Krankenkassen in Hessen an seinen behandelnden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.
- (7) Nachdem der jeweiligen Krankenkasse in Hessen alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt schriftlich schnellstmöglich in geeigneter Form die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 15

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach intensiver Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (vgl. Anlage 10 „Datenschutzinformation“) erklärt sich der Versicherte gemäß der Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt in die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 7 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde. Die Krankenkasse bestätigt die Einschreibung gemäß § 14 Abs. 7.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung gemäß der Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ jederzeit in Textform gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Der Versicherte scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Eingang des Widerrufs Schreibens bzw. des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit
 1. der dauerhaften Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 2. dem Tag der Kündigung der Teilnahme mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse, sofern er in diesem keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt,
 3. Widerruf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
 4. Kassenwechsel, 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. Datum der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei der nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
 6. dem Tag der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums übermittelt worden sind oder
 7. bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Absatz 2 Nr. 2 RSAV.
Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (4) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schnellstmöglich schriftlich über die Einschreibung des Versicherten in das Behandlungsprogramm und das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

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 6 der DMP-A-RL und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Der bisherige Vertragsarzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten an den neuen koordinierenden Arzt.

§ 18 **Versichertenverzeichnis**

Die zuständige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Datenstelle gemäß § 21 übermittelt der KV Hessen bei Bedarf eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI **Schulungen**

§ 19 **Schulung der Ärzte**

- (1) Die Krankenkassen in Hessen und die KV Hessen informieren die Ärzte nach §§ 3 und 4a über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte bestätigen den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der Ärzte nach §§ 3 und 4a dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen werden nach der DMP-A-RL vermittelt und zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 5 der DMP-A-RL, ab. Die Vertragspartner beauftragen die Gemeinsame Einrichtung gemäß § 32 Anforderungen an die für die DMP relevante, regelmäßige, mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischen Fortbildungen der Ärzte (z.B. Qualitätszirkel) zu definieren. Die Fortbildung orientiert sich an den medizinischen Inhalten der DMP-A-RL, dies betrifft vor allem die medikamentöse Behandlung, und darf diesen nicht widersprechen.
- (3) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte gemäß §§ 3 und 4a vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.
- (4) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Hessen nachzuweisen.

§ 20 **Schulung der Versicherten**

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassen informieren anhand des Patientenmerkblatts, der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation entsprechend der Anlagen 11, 9 und 10 ihre Versicherten im Sinne der Ziffer 3 der Anlage 5 der DMP-A-RL über Ziele und Inhalte des DMP KHK. Daneben werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zu informierten Patientenentscheidungen. Der Arzt gemäß §

3 prüft unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Versicherte von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogrammen profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen. Bei den angebotenen Schulungen werden nur Inhalte vermittelt, die der DMP-A-RL entsprechen.

- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte gemäß der §§ 3, 4a und 4b, die gemäß der Anlage 4 „Strukturqualität Schulungsarzt“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (4) In die jeweiligen Schulungsprogramme gemäß Anlage 15 „Patientenschulung“ sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen grundsätzlich auf Inhalte verzichtet werden, die im Widerspruch der DMP-A-RL stehen.
- (5) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 15 „Patientenschulung“ genannten Schulungsprogramme genutzt.
- (6) Der mit der Schulung beauftragte Arzt ist verpflichtet, die Patienten auf die gemäß der Anlage 5 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen.

Abschnitt VII

Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen in Hessen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 21

Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
 1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Erst- bzw. Folgedokumentation) der DMP-A-RL gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arzt- und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Hessen, nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß der Anlage 12 „Qualitätssicherung“,
 7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 15 an die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen.

Das Nähere regeln die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BVA unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL im Sinne des § 28f Absatz 2 RSAV an die entsprechenden Stellen.
- (3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner den Vertragsärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentationen

Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 (Erst- bzw. Folgedokumentation) der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt,
 1. die vollständige Erstdokumentation Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL
 2. die vollständige Folgedokumentation der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RLam Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Kalendertagen nach Dokumentationserstellung an die Datenstelle auf elektronischem Weg per E-Mail oder über das Arzt-Online-Portal der Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 9 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ einmalig in die Datenübermittlung schriftlich ein und wird schriftlich durch den für ihn vorgesehenen Durchschlag des Dokumentationsbogens über die übermittelten 6a/b-Dokumentationsdaten unterrichtet. Im Falle der elektronischen Dokumentation erstellt und unterschreibt der Arzt von jeder Dokumentation einen Ausdruck gemäß der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL. Diesen unterschriebenen Ausdruck erhält der Versicherte.
- (3) Die elektronische Dokumentation ist gemäß den Vorgaben der jeweils geltenden Berufsordnung für die deutschen 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.

§ 24 Datenzugang

Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbezieh-
baren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 21 wahrnehmen und hier-
für besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 25 Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten perso-
nenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermitt-
lung an die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die Gemeinsame
Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Do-
kumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der struk-
turierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V und löscht diese anschließend.

Abschnitt VIII Datenfluss an die Krankenkassen in Hessen, die KV Hessen und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26 Datenfluss

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende
koordinierende Arzt, bei Ersteinschreibung des Versicherten dessen Teilnahme- und
Einwilligungserklärung gemäß § 15 über die Datenstelle an die Krankenkassen in Hes-
sen weiterzuleiten.
- (2) Bei einem Wechsel des koordinierenden Arztes nach § 17 übermittelt der neue koordinie-
rende Arzt nach § 3 die Folgedokumentation des Versicherten über die Datenstelle an
die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung oder bei Wechsel des koordinieren-
den Arztes die dort erfassten Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der
DMP-A-RL an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen in Hessen.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die Dokumentationsdaten der
Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen
in Hessen.
- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsda-
ten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem
Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Hessen.

§ 27 Datenzugang

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KV Hessen und an die DMP-Datenzentren
der teilnehmenden Krankenkassen in Hessen übermittelten personenbezogenen oder per-
sonenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms
wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmun-
gen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehba-
ren Daten werden von den Krankenkassen in Hessen, der KV Hessen und der Gemeinsa-
men Einrichtung gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der
strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert und anschließend ge-
löscht.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere regelt
ein gesonderter Vertrag.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, den
bei ihr eingehenden Datensatz der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL zu pseudo-
nymisieren und an die KV Hessen und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft ge-
bildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rah-
men der Qualitätssicherung gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle
gemäß § 21 mit der Durchführung der in den Absätzen 1 und 2 beschriebenen Aufgaben.
Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch
Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 31

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung im Sinne des
§ 28f Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nä-
here wird in einem gesonderten Vertrag geregelt. Dieser muss insbesondere festlegen, dass
den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 274
SGB V zuerkannt wird.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumen-
tationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 12 „Qualitätssicherung“
durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 - die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumenta-
tionsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,

- die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung definiert die Anforderungen an die KHK-spezifische Fortbildung entsprechend Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ und Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ im Rahmen der im § 19 Absatz 2 definierten Vorgaben.
- (3) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach, wobei alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf die Daten haben.

Abschnitt X

Evaluation

§ 33

Evaluation

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

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen im Rahmen der berechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe des EBM und sind mit der durch die Krankenkassen mit befreiender 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.

§ 35

Sondervergütung

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KV Hessen. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsbe-

rechtiung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.

- (2) Für die vollständig, fristgemäß und plausibel elektronisch gemäß den akkreditierten Verfahrensvorgaben übermittelte Dokumentation entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

	Vergütung	Abrechnungsziffer
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den Arzt nach § 3	25,- €	92161
Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den Arzt nach § 3	15,- €	92162
Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP)	Einmalig je weiteres DMP 5,- €	92163
Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP	jeweils 2,50 €	92164

- (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 § 106a Abs. 3 Nr. 2 SGB V einer gesicherten Diagnose im Sinne von § 28d Abs. 1 Nr. 1 RSAV Voraussetzung.

Wurde vom koordinierenden Arzt das Quartal als Dokumentationsintervall angegeben, wird je Patient und dokumentiertes Quartal höchstens einmalig die Abrechnungsziffer 92161 oder einmal die Abrechnungsziffer 92162 pro Quartal vergütet.

Wurde vom koordinierenden Arzt jedes zweite Quartal als Dokumentationsintervall angegeben, wird je Patient höchstens einmalig die Abrechnungsziffer 92161 oder einmal die Abrechnungsziffer 92162 in zwei Quartalen vergütet.

Hierbei ist die Anlage 14 „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ zu berücksichtigen.

- (4) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen für die von den jeweiligen Krankenkassen gemeldeten, zu diesem Zeitpunkt korrekt eingeschriebenen Versicherten 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 eine Liste der je Arzt vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen ihrer korrekt eingeschriebenen Versicherten. Dieser Nachweis ist allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KV Hessen.
- (5) Die Patientenschulungen im Rahmen dieses Vertrages können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4a erbracht bzw. abgerechnet werden, die eine Abrechnungsgenehmigung für folgende Schulungen von der KV Hessen erhalten haben, bzw. durch Ärzte nach § 4b, die diese von den Krankenkassen in Hessen erhalten haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Schulungen wie in der Tabelle dargestellt vergütet.
- (6) Die Schulungen werden je Patient wie folgt vergütet:

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von, bis zu vier Patienten durchgeführt. Die Schulung erfolgt im wöchentlichen Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird	25,50 € je UE/Patient	92171
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92171 E 92171 N 92171 W 92171 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 4. UE (letzte Schulung) Hypertonie*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 4 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92171 Q
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92172
Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Das Schulungsprogramm setzt sich aus drei bis vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten bis 120 Minuten Dauer zusammen. Die Gruppen bestehen aus vier bis sechs Patienten. In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92173
Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92173 E 92173 N 92173 W

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16		92173 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 3. UE (letzte Schulung) HBSP*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 3 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92173 Q
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte (HBSP)	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92174
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Nicht abrechenbar neben: INRatio (SPOG2)	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von vier bis sechs Patienten durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92175
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Nicht abrechenbar neben: INRatio (SPOG2)	Einzelbildungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92175 E 92175 N 92175 W 92175 V
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin) Nicht abrechenbar neben: LINDA ohne Insulin	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. In einem Schulungskurs können je nach Vereinbarung bis zu vier oder zehn Patienten unterrichtet werden. Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker im höheren Lebensalter.	25,50 € je UE/Patient	92180
Behandlungs- und Schu-	Einzelbildungen	25,50 € je	92180 E

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
<p>lungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: LINDA ohne Insulin</p>	<p>Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE)</p> <p>Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16</p>	UE/Patient	<p>92180 N</p> <p>92180 W</p> <p>92180 V</p>
Schulungsmaterial ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92179
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin</p>	<p>Das Programm umfasst fünf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten für Kleingruppen von bis zu vier Patienten.</p> <p>Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die Übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird.</p> <p>Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker im höheren Lebensalter.</p>	25,50 € je UE/Patient	92181
<p>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin)</p> <p>Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin</p>	<p>Einzelschulungen</p> <p>Genehmigt Nachschulungen (max. 2 UE)</p> <p>Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenschulung entsprechend Anlage 16</p>	25,50 € je UE/Patient	<p>92181 E</p> <p>92181 N</p> <p>92181 W</p> <p>92181 V</p>
Schulungsmaterial mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92167
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in	25,50 € je UE/Patient	93353

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin	Gruppen mit bis zu 10 Personen durchgeführt.		
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin Nicht abrechenbar neben ZI ohne Insulin	Einzelbildungen Genehmigt Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsbildungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsbildungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenbildung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	93353 E 93353 N 93353 W 93353 V
Schulungsmaterial LINDA ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93354
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin Nicht abrechenbar neben: ZI mit Insulin	5 UE à 90 Minuten, in Gruppen mit bis zu 10 Personen	25,50 € je UE/Patient	93351
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin Nicht abrechenbar neben: ZI mit Insulin	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsbildungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsbildungen nach Ablauf von 8 Quartalen <u>vor</u> der letzten Einzel-/Gruppenbildung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	93351 E 93351 N 93351 W 93351 V
Schulungsmaterial LINDA mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93352
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin) Nicht abrechenbar neben Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten-	Das Programm besteht aus max. fünf Unterrichtseinheiten (Module). Eine UE dauert 180 Minuten und wird in Kleingruppen von 6 bis 12 Patienten durchgeführt. Der Besuch des Basismo-	51,00 € je UE/Patient	93381

Schulungsprogrammbezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
ten mit Hypertonie bzw. Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	duls 1 ist die Grundlage für die Teilnahme an den anderen Modulen. Der Versicherte kann an den Modulen 2 bis 5 in beliebiger Reihenfolge teilnehmen. Nicht jeder Patient muss alle Module absolvieren. Arzt und Versicherter entscheiden jeweils über die Notwendigkeit der Teilnahme an einem einzelnen Modul.		
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Einzelbildungen Genehmigte Nachbildungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	51,00 € je UE/Patient	93381 E 93381 N 93381 W 93381 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung von 3. UE IPM*)	Vergütung der QP nach Absolvierung von 3 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	93381 Q
Schulungsmaterial IPM	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93382
INRatio Gerinnungselbstmanagement: Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG2) Nicht abrechenbar neben: SPOG	Das Programm besteht aus zwei Unterrichtseinheiten à 120 min.	25,50 € je UE/Patient	93391
Schulungsmaterial INRatio	Abgabe über die KV	0,00 €	93392
Kardio-Fit	Das Programm besteht aus drei Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von 4 bis 6 Patienten durchgeführt. Die drei UE können an einem Tag stattfinden.	25,50 € je UE/Patient	93395

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Schulungsmaterial Kardio-Fit	Abgabe über die KV	0,00 €	93396
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.			

- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (8) Die Unterrichtseinheiten einer Schulung sind in der Regel innerhalb eines Abrechnungsquartals, maximal aber innerhalb von 2 Quartalen, durchzuführen.
- (9) Schulungen (Wiederholungen aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), können in einem Zeitraum von 8 Quartalen grundsätzlich nicht wiederholt werden. Die KV Hessen stellt in Anwendung des Regelwerks sicher, dass identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen nicht innerhalb dieses Zeitraums erneut abgerechnet werden.
- (10) 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. In der Abrechnung werden diese Leistungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition zusätzlich mit dem Buchstaben „V“ versehen. Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer mit dem Buchstaben „W“ versehen.
- (11) Schulungen finden in der in Abs. 6 für die jeweilige Schulung lt. Programmbeschreibung angegebenen Größe der Kleingruppe statt. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung bei Vorliegen der Voraussetzungen zugunsten einer Einzelschulung abgewichen werden. In der Abrechnung werden die Einzel-, Nach- und Wiederholungsschulungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer mit dem Buchstaben E, N, W versehen. Die Kriterien für die Durchführung von Einzel-, Nach- und Wiederholungsschulungen wurden unter den Vertragspartnern in Anlage 16 vereinbart.
- (12) 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 je gesicherter Diagnose („G“) abrechnungsfähig. Bei Veränderung des Krankheitsbildes kann der Versicherte eine weitere, auf das veränderte Krankheitsbild abgestimmte Schulung erhalten.
- (13) Eine ebenfalls nur in Einzelfällen vorgesehene Nachschulung (max. 2 Unterrichtseinheiten) greift nur einzelne Schulungseinheiten erneut auf, wenn sich herausstellen sollte, dass bestimmte relevante Lerninhalte vom Versicherten noch nicht hinreichend umgesetzt werden können.
Nachschulungen bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Nachschulungen erhält die schulungsspezifische Gebührenordnungsziffer den Buchstaben „N“.
- (14) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87a - d SGB V. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungsziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität

nach § 106d Abs. 3 Ziffer 2 SGB V einer gesicherten Diagnose entsprechend Ziffer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL Voraussetzung.

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

- (15) 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.
- (16) 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 in der GKV Kontenart 994, Kapitel 84 (Dokumentationen) auf Ziffernebene (Ebene 6).

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch (StGB) muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich 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, des hessischen Datenschutzgesetzes und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 37

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Hessen liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern.

§ 38

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2010 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt den Vertrag in der Fassung des 5. Nachtrags vom 01.07.2008. Die Vereinbarung 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, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V 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 bzw. Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner fristlos gekündigt werden.

§ 39

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 40

Salvatorische Klausel

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

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Arzt
Anlage 2	Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
Anlage 3	Strukturqualität für andere Leistungserbringer
Anlage 4	Strukturqualität Schulungsarzt
Anlage 5	unbesetzt
Anlage 6	unbesetzt
Anlage 7	Teilnahmeerklärung Leistungserbringer
Anlage 7a	Ergänzungserklärung Leistungserbringer
Anlage 8	Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 9	Indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 10	Datenschutzinformation
Anlage 11	Patienteninformation
Anlage 12	Qualitätssicherung
Anlage 13	unbesetzt
Anlage 14	Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
Anlage 15	Patientenschulung
Anlage 16	Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen