

# **V E R T R A G**

**über**

**eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale bzw.  
chronisch obstruktiver Lungenerkrankung  
gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 15.12.2006  
in der Fassung ab 01.04.2024**

**zwischen**

**der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen**  
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes  
Frau Dr. med. Annette Rommel

(im Folgenden „KVT“ genannt)

**und**

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

**dem BKK Landesverband Mitte,**  
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,

**der IKK classic,**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
(SVLFG),  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,**

**der KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Frankfurt/Main -,**

**und**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen:**

Techniker Krankenkasse (TK),  
BARMER,  
DAK-Gesundheit,  
Kaufmännische Krankenkasse – KKH,  
Handelskrankenkasse (hkk),  
HEK – Hanseatische Krankenkasse

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen**

## **Inhaltsverzeichnis**

### **Erläuterungen**

### **Präambel**

### **Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II a – Teilnahme der Vertragsärzte**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Vertragsarztes
- § 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes
- § 6 Teilnahmeverfahren
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und stationäre Einrichtungen

### **Abschnitt II b – Teilnahme stationärer Einrichtungen**

- § 9 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

### **Abschnitt III – Versorgungsinhalte**

- § 10 Medizinische Anforderungen an das DMP Asthma/COPD

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 11 Grundlagen und Ziele
- § 12 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele
- § 13 Vertragsmaßnahmen

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

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

### **Abschnitt VI – Schulungen**

- § 20 Vertragsärzte
- § 21 Versicherte

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Vertragsärzte und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

- § 22 Datenstelle
- § 23 Erst- und Folgedokumentationen
- § 24 Datenfluss zur Datenstelle
- § 25 Datenverwendung und -zugang
- § 26 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt VIII – Datenfluss an die Krankenkassen, die KVT und die Gemeinsame Einrichtung**

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

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung**

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

## **Abschnitt X – Evaluation**

- § 34 Evaluation

## **Abschnitt XI – Abrechnung und Vergütung**

- § 35 Abrechnung und Vergütung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

- § 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz
- § 37 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
- § 38 Haftung
- § 39 Laufzeit und Kündigung
- § 40 Schriftform
- § 41 Salvatorische Klausel

## **Anlagen**

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt nach § 3
- Anlage 2 Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4
- Anlage 3 Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal
- Anlage 4a Strukturqualität Krankenhäuser
- Anlage 4b Strukturqualität Rehabilitationseinrichtungen
- Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 5a Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung
- Anlage 6a Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD (ambulant)
- Anlage 6b Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD (ambulant – Veröffentlichung)
- Anlage 6c Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Asthma bronchiale bzw. COPD (stationär)
- Anlage 6d Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 7 Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit Information zum Datenschutz sowie indikationsübergreifender Patienteninformation („Teilnahme- und Einwilligungserklärung – TE/EWE“)
- Anlage 8a Qualitätssicherung Asthma bronchiale
- Anlage 8b Qualitätssicherung COPD
- Anlage 9a Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen – Asthma bronchiale
- Anlage 9b Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen – COPD
- Anlage 10 Patientenschulungen
- Anlage 11a Versorgungsinhalte zur Behandlung von Asthma bronchiale
- Anlage 11b Versorgungsinhalte zur Behandlung von COPD
- Anlage 12 Tabakentwöhnungsprogramme

## Erläuterungen

„Anstellender Arzt“ können auch mehrere Ärzte/kann auch eine Betriebsstätte sein, die gemeinschaftlich die Anstellung von Ärzten vornehmen/vornimmt.

„ARGE“ ist die Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen i. S. d. §§ 30 und 31.

„BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 22.

„DMP“ ist das Disease-Management-Programm – strukturiertes Behandlungsprogramm.

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

„Dokumentationsdaten“ sind die in der Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlagen 9a und 9b).

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

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

„GE“ ist die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen i. S. d. §§ 32 und 33.

„Koordinierende Vertragsärzte“ sind Vertragsärzte i. S. d. § 3.

„Krankenhäuser“ sind Einrichtungen i. S. d. § 9.

„KVT“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen.

„Leistungserbringer“ sind Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) i. S. d. § 3 und die Vertragsärzte i. S. d. § 4, Krankenhäuser sowie Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 9 sowie bei diesen angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen; aus dem Kontext kann sich eine Einschränkung auf Vertragsärzte gemäß den §§ 3 und 4 bzw. ausschließlich § 3 ergeben.

„Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlagen 9 und 11 der DMP-A-RL Nummern 1.6.1 und/oder 1.6.2 für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

„Rehabilitationseinrichtungen“ sind Einrichtungen i. S. d. § 9.

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

„TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit Information zum Datenschutz sowie indikationsübergreifender Patienteninformation.

„Vertragsregion“ ist entsprechend § 2 Abs. 1 Nr. 1 der Geltungsbereich der KVT.

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

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

## **Präambel**

Der Vertrag zur Umsetzung des DMP über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale (im Folgenden Asthma genannt) bzw. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (im Folgenden COPD genannt) wird mit Wirkung zum 01.04.2024 wie folgt neu gefasst, wobei die Anpassungen zum DMP Asthma erst zum 01.10.2024 in Kraft treten:

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V, die auf der RSAV und der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung beruhen, optimiert werden. Daher haben die beteiligten Krankenkassen und die KVT folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 83 i. V. m. § 137f SGB V zur Durchführung eines DMP für Versicherte mit Asthma bzw. COPD geschlossen.

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma auf bis zu 6 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Bei Kindern ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung. Hier wird die Prävalenz auf ca. 10 % geschätzt. 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 dem Gesundheitsbericht für Deutschland 2015 10 – 30 % der Erwachsenen 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 lebensstilassoziierten Risikofaktoren, z. B. durch die Aufgabe des Rauchens, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Die Prognose der Patienten verbessert sich erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD gemeinsam in diesem Vertrag. Die Diagnosespezifika werden durch eine Differenzierung zwischen Versicherten, die aufgrund der Diagnose Asthma teilnehmen, und Versicherten, die aufgrund der Diagnose COPD teilnehmen, kenntlich gemacht sowie in unterschiedlichen diagnosespezifischen Anlagen.

Die Vertragspartner stimmen darüber überein, dass durch dieses DMP die Vertrauensbeziehung zwischen Patienten und Arzt nicht beeinträchtigt wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patienten-Verhältnisses stattfindet. Zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes erfolgt die Durchführung und Steuerung des DMP sowie die Qualitätssicherung im DMP soweit wie möglich auf Grundlage pseudonymisierter Daten. Die Nutzung versichertenbezogener Daten durch die Krankenkassen wird auf das notwendige Maß begrenzt.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Die Regelungen für die Indikation Asthma sind insbesondere in den Anlagen 9 und 10 bzw. für die Indikation COPD insbesondere in den Anlagen 11 und 12 der DMP-A-RL sowie in der RSAV festgelegt.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele des Vertrages**

- (1) Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma bzw. COPD. Die nach §§ 3 und 4 teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages entsprechend der jeweiligen Versorgungsebene. Die hausärztlich tätigen Vertragsärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Umsetzung dieses Vertrages, insbesondere strukturieren und koordinieren sie die Behandlungsabläufe. Die Vertragsärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam darauf hin, dass der Patient durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen angeregt wird, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.

Die Ziele und Anforderungen an das DMP Asthma/COPD sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV sowie die diese ersetzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt.

Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die aufgrund der Diagnose Asthma an diesem DMP teilnehmenden Versicherten – in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen – folgende Therapieziele gemäß Anlage 9 Nummer 1.3 der DMP-A-RL an:

- a) bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität Vermeidung/Reduktion:
- von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle/Exazerbationen),
  - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
  - einer Progredienz der Krankheit,
  - von unerwünschten Wirkungen der Therapie,
  - von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
- b) Reduktion der asthmabedingten Letalität,
- c) adäquate Behandlung der Komorbiditäten,
- d) das Erlernen von Selbstmanagementmaßnahmen.
- (2) Die Therapie der aufgrund der Diagnose COPD teilnehmenden Versicherten dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

Die Vertragspartner streben daher mit diesem Vertrag für die aufgrund der Indikation COPD teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 11 Nummer 1.3 der DMP-A-RL in Abhängigkeit von Alters- und Begleiterkrankungen an:

- a) 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;

- b) Reduktion der COPD-bedingten Letalität,
- c) adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
1. Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V und Einrichtungen gemäß §§ 105 Abs. 1c und 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V im Bereich der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben.
  2. Ärzte, die bei den in Nr. 1 genannten Leistungserbringern angestellt sind, sofern diese angestellten Ärzte Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen und für sie nach Maßgabe des Abschnitts II diese Leistungserbringung erklärt wurde.
  3. die Behandlung von Versicherten der beteiligten Krankenkassen im Bereich der KVT, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.
  4. die Behandlung von Versicherten der BKKn (die ihre Teilnahme am DMP erklärt haben), die einen nach Maßgabe des Abschnitts II teilnehmenden Vertragsarzt in Thüringen aufsuchen und sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben. Die Durchführung des DMP erfolgt durch die jeweilige BKK.
  5. die Behandlung von Versicherten aller AOKn im Bundesgebiet. Die Bevollmächtigung der AOK PLUS durch die anderen AOKn wurde für alle DMP-Verträge erteilt.
  6. außerthüringische Innungskrankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber der KVT und der IKK classic erklären und die Vergütung gemäß § 35 anerkennen, soweit nicht bereits andere vertragliche Regelungen oder Vorschriften gelten.

Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.

- (2) Dem Vertrag können weitere Krankenkassen beitreten, sofern sie dies gegenüber den Vertragspartnern erklären und sie die vereinbarten Vergütungen gemäß § 35 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (3) Grundlage dieses Vertrages nach § 83 SGB V sind die §§ 137f und 137g SGB V in Verbindung mit den Anforderungen der RSAV sowie die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder der DMP-A-RL oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 39.

### **Abschnitt II a Teilnahme der Vertragsärzte**

## **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes**

- (1) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 1** „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt nach § 3“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.



Kindern und Jugendlichen im Alter ab dem vollendetem ersten bis zum vollendetem achtzehnten Lebensjahr ist im DMP Asthma ein besonderer Schwerpunkt gewidmet. Aus diesem Grunde sind auch Pädiater für das DMP Asthma teilnahmeberechtigt, die die Anforderungen an die Strukturqualität persönlich oder durch angestellte Ärzte nach Anlage 1 erfüllen.

- (3) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt, der Leiter der Einrichtung oder der anstellende Vertragsarzt gegenüber der KVT zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.
- (4) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ/der Einrichtung unverzüglich mit Hilfe des der Anlage 5 beigefügten Formulars (Anlage 5a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) mitgeteilt.
- (6) Der pneumologisch qualifizierte Vertragsarzt kann in den – in Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt nach § 3“ – beschriebenen Ausnahmefällen koordinierender Vertragsarzt sein, wenn er die in dieser Anlage beschriebenen Voraussetzungen erfüllt. Der koordinierende pneumologisch qualifizierte Vertragsarzt meldet die therapie relevanten Daten an den Hausarzt zurück, damit dieser seine Tätigkeit darauf abstimmen kann. Außerdem hat er bei einer Stabilisierung des Zustandes des Versicherten zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 möglich ist.
- (7) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2 und 6 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte (im Weiteren als koordinierende Vertragsärzte bezeichnet) gehören insbesondere:
  1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer vertraglich eingebundener Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Anlage 9 Nummer 1.6 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6 der DMP-A-RL,
  2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen Dokumentationszeiträume,
  3. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 15 sowie die vollständige Erstellung der Dokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL und Weiterleitung der Dokumentationsdaten nach den Abschnitten VII und VIII,
  4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  5. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT nachgewiesen ist,
  6. bei Vorliegen der in Anlage 9 Nummer 1.6.2 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.2 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Überweisung mit der Kennzeichnung „DMP Asthma“ bzw. „DMP COPD“ an vertraglich eingebundene Vertragsärzte – entsprechend der **Anlage 2** „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4“ – vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

7. Bei Vorliegen der in Anlage 9 Nummer 1.6.3 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung – vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 8 unter Berücksichtigung der Anlage 4a „Strukturqualität Krankenhäuser“ – vorzunehmen. Dabei sind die individuellen Patienteninteressen und die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. bei Über-/Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 10 bzw. Anlage 9 Nummer 1 bzw. Anlage 11 Nummer 1 der DMP-A-RL, wie z. B. die medikamentöse Therapie, an den behandelnden Vertragsarzt zu übermitteln und ggf. einzufordern,
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in Anlage 9 Nummer 1.6.4 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.4 der DMP-A-RL genannten Indikationen) die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung nach § 9 unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Versicherten. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

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

#### **§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Vertragsarztes**

- (1) Die Teilnahme des pneumologisch qualifizierten Vertragsarztes an diesem DMP ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte und zugelassene MVZ, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4“ – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.
- (3) 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.
- (4) Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 bestätigt der anstellende Vertragsarzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ/der anstellenden Einrichtung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
- (5) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt bzw. das anstellende MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt bzw. MVZ mit Hilfe des der Anlage 5 beigefügten Formulars (Anlage 5a „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich mitgeteilt.
- (6) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gehören insbesondere:
  1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
  2. die Beachtung der Qualitätsziele gemäß § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,

3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 21, sofern die Schulungsberechtigung gegenüber der KVT nachgewiesen ist,
4. sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, die Übermittlung therapierelevanter Informationen je Behandlungsfall und Quartal in Form eines Zwischenberichtes an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3. Bei einer Stabilisierung des Zustandes des Patienten ist zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 möglich ist.
5. zur Mit- oder Weiterbehandlung therapierelevante Informationen vom koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 einzufordern und bei Abschluss der Mit- oder Weiterbehandlung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln,
6. Bei Vorliegen der in Anlage 9 Nummer 1.6.3 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 8 unter Berücksichtigung der Anlage 4a „Strukturqualität Krankenhäuser“ vorzunehmen. Dabei sind die individuellen Patienteninteressen und die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
7. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in Anlage 9 Nummer 1.6.4 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6.4 der DMP-A-RL genannten Indikationen) die Empfehlung dieser Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung nach § 9 i. V. m. Anlage 4b „Strukturqualität Rehabilitationseinrichtungen“ unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Versicherten. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1. bis 7. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung Sorge zu tragen.

## § 5

### Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes

- (1) Der Vertragsarzt oder das zugelassene MVZ/die zugelassene Einrichtung erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3

und/oder als

pneumologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4 gegenüber der KVT schriftlich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 5** „Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“ zur Teilnahme am DMP Asthma bzw. COPD bereit.

- (2) Der Vertragsarzt bestätigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung die Datenverarbeitung durch die Datenstelle. Für den Fall, dass die ARGE und die Vertragspartner die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Vertragsarzt die KVT als Mitglied der ARGE, in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Der koordinierende Vertragsarzt wird im Fall eines Datenstellenwechsels unverzüglich die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren. Sollte sich der Vertrag mit der neuen Datenstelle maßgeblich von der Aufgabenbeschreibung der bisherigen Datenstelle unterscheiden, wird der koordinierende Vertragsarzt über alle Änderungen und über sein geltendes Kündigungsrecht bei der Teilnahme am DMP-Vertrag informiert.

- (3) Wird die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. zugelassenen MVZ/der Einrichtung am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden zugelassenen MVZ/der anstellenden Einrichtung neben den administrativen Daten des anstellenden Vertragsarztes bzw. des anstellenden MVZ/der anstellenden Einrichtung auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem der Anlage 5 beigefügten Formular (**Anlage 5a** „Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung“) unverzüglich nachzuweisen.
- (4) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

## **§ 6 Teilnahmeverfahren**

Die KVT prüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturanforderungen gemäß §§ 3 und 4 und der Schulungsberechtigung entsprechend der Anforderungen des Schulungsprogramms in Verbindung mit § 21 Abs. 4 Satz 1 und bestätigt die Teilnahme.

## **§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Vertragsarztes bzw. des MVZ/der Einrichtung beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.
- (2) Die Teilnahme kann seitens des Vertragsarztes bzw. des MVZ/der Einrichtung schriftlich unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende des Kalendervierteljahres gegenüber der KVT beendet werden.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet darüber hinaus:
  1. mit dem Ende dieses Vertrages,
  2. mit dem Bescheid über das Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung,
  3. mit dem Ausschluss des Vertragsarztes gemäß § 13 wegen Vertragspflichtverletzung,
  4. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen des Vertragsarztes,
  5. mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. dem Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V.

Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag ruht für die Dauer des im Bescheid des Zulassungsausschuss angegebenen Zeitraumes. Die KVT informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden des Vertragsarztes.

- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Vertragsarztes, können die Krankenkassen den hiervon betroffenen Versicherten das Vertragsärzterverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.
- (5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes in dieser Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Vertragsarzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Vertragsarztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Vertragsarzt 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 Vertragsarzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch

durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist mit dem der Anlage 5 beigefügten Formular (Anlage 5a "Ergänzungserklärung zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes/der Einrichtung") nachzuweisen.

- (6) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 (Strukturanforderungen der ersten Versorgungsebene) bzw. der Anlage 2 (Strukturanforderungen der zweiten Versorgungsebene) näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, teilnahmeberechtigt.

## § 8

### Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und stationäre Einrichtungen

- (1) Über die teilnehmenden Vertragsärzte und zugelassenen MVZ/Einrichtungen nach den §§ 3, 4 und 9 führt die KVT ein Verzeichnis (**Anlagen 6a und 6b**). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen MVZ angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen. Die KVT stellt dieses Verzeichnis entsprechend **Anlage 6d** den Vertragspartnern wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.

Das Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Asthma/COPD wird außerdem bei Bedarf:

- den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten sowie angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,
- den am DMP Asthma/COPD teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen,
- den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen, insbesondere bei Neueinschreibung,
- der Datenstelle gemäß §§ 22 bis 26 zur Erfüllung ihrer Aufgaben zur Verfügung gestellt.

- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis für das DMP Asthma/COPD wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer,
- angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP erbringen und
- Berechtigungen.

- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Abs. 1 kann mit Zustimmung aller Vertragspartner unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Belange veröffentlicht werden.

- (4) Das BAS erhält alle 5 Jahre (und auf Anforderung) ein Leistungserbringerverzeichnis entsprechend Anlage 6a in aktualisierter Form. Auf Anforderung stellen die teilnehmenden Krankenkassen dieses Verzeichnis der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde zur Verfügung.

- (5) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 9 teilnehmenden Krankenhäuser (**Anlage 6c**). Das Krankenhausverzeichnis stellen die Krankenkassen dem BAS auf Anforderung zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem der KVT zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte einmal jährlich bzw. bei Änderungen zur Verfügung gestellt.

## **Abschnitt II b**

### **Teilnahme stationärer Einrichtungen**

#### **§ 9**

#### **Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen**

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen können für die stationäre Versorgung von teilnehmenden Versicherten mit der Diagnose Asthma bzw. COPD vertraglich eingebunden werden. Die teilnehmenden Krankenhäuser bzw. Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet nachzuweisen, dass bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität entsprechend der **Anlage 4a bzw. 4b** zu Beginn der Teilnahme und fortlaufend erfüllt sind. Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig und in gesonderten Verträgen geregelt.

## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 10**

#### **Medizinische Anforderungen an das DMP Asthma/COPD**

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in den **Anlagen 11a und 11b** definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlagen entsprechen wortgleich den Anforderungen nach Anlage 9 bzw. Anlage 11 der DMP-A-RL und gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Vertragsärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten. Der teilnehmende Vertragsarzt nach § 3 und/oder § 4 verpflichtet sich durch seine Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei Aktualisierung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen verpflichten sich die Vertragsärzte, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Vertragsärzte werden von der KVT über die Änderungen nach Veröffentlichung der neuen Handlungsempfehlungen informiert.
- (3) Während der Laufzeit dieses Vertrages werden die Vertragspartner – im Rahmen ihres gesetzlichen Handlungsspielraums auf der Grundlage der jeweils aktuell gültigen RSAV sowie der DMP-A-RL – aktualisierte evidenzbasierte Leitlinien zur Behandlung des DMP Asthma bzw. COPD in dieses DMP zeitnah einarbeiten.
- (4) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die an diesem DMP für Asthma bzw. COPD teilnehmenden Versicherten gemäß der jeweils aktuellen Anlagen 11a und 11b "Versorgungsinhalte" des DMP-Vertrages nach Abs. 1 zu behandeln und zu beraten sind. Dies gilt ebenfalls, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen Asthma bzw. COPD auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

## **Abschnitt IV Qualitätssicherung**

### **§ 11 Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in den **Anlagen 8a** „Qualitätssicherung Asthma bronchiale“ und **8b** „Qualitätssicherung COPD“ genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 9 Nummer 1.6 bzw. Anlage 11 Nummer 1.6 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der in diesem Vertrag vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität,
5. Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme des Versicherten.

### **§ 12 Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele**

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß den Anlagen 8a und 8b (Qualitätssicherung) zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 der DMP-A-RL insbesondere:
  - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Vertragsärzte,
  - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die koordinierenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren sein,
  - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
  - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten sowie deren Beratung und Information entsprechend Anlagen 8a und 8b werden die Krankenkassen nicht in die medizinischen, therapeutischen und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses eingreifen.
- (4) Zur Auswertung der in den Anlagen 8a und 8b fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten einzubeziehen.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach den Anlagen 8a und 8b – Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel einmal jährlich zu veröffentlichen.

### **§ 13 Vertragsmaßnahmen**

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich mit diesem Vertrag zur Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen zur Durchführung dieser DMP.
- (2) Die Krankenkassen verpflichten sich insbesondere, die gesetzlich angeordneten Beendigungstatbestände des § 24 Abs. 2 RSAV i. V. m. § 17 zu beachten.
- (3) Beachtet ein Vertragsarzt – entgegen seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) – die Verpflichtungen nach diesem Vertrag nicht, löst dies folgende Maßnahmen aus:
  1. keine Vergütung für unvollständige/unplausible Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bei bereits erfolgter Vergütung,
  2. bei wiederholtem nachweislichen Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen kann er auf begründeten Antrag eines Vertragspartners von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheidet die KVT im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern.

## **Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

### **§ 14 Teilnahmevoraussetzungen**

- (1) Versicherte können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 9 Nummer 3 bzw. Anlage 11 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:
  - die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 9 Nummer 1.2 bzw. Anlage 11 Nummer 1.2 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten gemäß **Anlage 7**,
  - die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten,
  - die umfassende, auch schriftliche oder elektronische Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse übermittelt werden und von ihm im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit seiner Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung, seiner Mitwirkungspflicht sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme zur Folge hat,
  - die schriftliche Information des Versicherten, dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von einem beauftragten Dritten übermittelt werden können.

Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE), dass sie im Einzelnen:

1. die Programm- und Versorgungsziele kennen,
2. die Aufgabenteilung der Versorgungsebenen kennen und unterstützen werden,
3. auf die Möglichkeit, eine Liste der verfügbaren Leistungsanbieter zu erhalten, hingewiesen worden sind,



4. über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert worden sind sowie
  5. über die mit ihrer Teilnahme am DMP verbundenen Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert worden sind, insbesondere über die Möglichkeiten einer Übermittlung von Befunddaten an die jeweilige Krankenkasse zum Zweck der Verarbeitung und Nutzung im Rahmen des DMP und dass die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer ARGE oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden.
- (2) Hierzu prüft der koordinierende Vertragsarzt, ob die für die Einschreibung in das DMP erforderliche Diagnose Asthma oder COPD gesichert ist.

Für das DMP Asthma hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 9 Nummer 3.2 der DMP-A-RL zu erfüllen:

- Vorliegen einer aktuellen oder längstens zwölf Monate zurückliegenden asthmatischen Anamnese gemäß Anlage 9 Nummer 1.2.1 der DMP-A-RL und
- mindestens eines der in Nummer 3.2 genannten Kriterien (dabei ist bei den Kriterien zwischen denen für Erwachsene und denen für Kinder ab Vollendung des ersten bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres zu unterscheiden).
- Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

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

Für das DMP COPD sind die speziellen Teilnahmevoraussetzungen für den Versicherten gemäß Anlage 11 Nummer 3.2 der DMP-A-RL zu erfüllen:

- Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese,
- Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 % des Sollwertes und
- mindestens eines der in Anlage 11 Nummer 3.2 der DMP-A-RL genannten Kriterien.
- Für die Einschreibung berücksichtigte Befunde dürfen nicht älter als zwölf Monate sein.

Versicherte unter 18 Jahre können nicht am DMP COPD teilnehmen.

- (3) Ebenfalls hat der koordinierende Vertragsarzt zu prüfen, ob der Versicherte im Hinblick auf die in Anlage 9 Nummer 1.3 bzw. Anlage 11 Nummer 1.3 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (4) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (5) Der Versicherte soll durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut werden. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich für einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes.
- (6) Versicherte, die an mehreren der in der RSAV sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL (in der jeweils gültigen Fassung) genannten Erkrankungen leiden, können an verschiedenen DMP teilnehmen.
- (7) Ausschluss der Teilnahme:
- Eine gleichzeitige Teilnahme am DMP Asthma und DMP COPD ist nicht möglich.
  - Bei gleichzeitigem Vorliegen von Asthma und COPD hat eine Einschreibung in das vorrangig einzustufende DMP zu erfolgen.
  - Bei einer anerkannten Berufskrankheit ist eine Teilnahme am DMP Asthma nicht möglich. Haben Ärzte den begründeten Verdacht, dass eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle nach § 202 SGB VII anzuzeigen.

## **§ 15 Information und Einschreibung**

- (1) Koordinierende Vertragsärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre nach § 14 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 bei ihrem koordinierenden Vertragsarzt einschreiben.
- (2) Die Krankenkassen informieren zur Unterstützung der Vertragsärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch eine Patienteninformation gemäß Anlage 7 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung seiner Daten.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) gemäß § 16 folgende Voraussetzungen notwendig:
  1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL durch den behandelnden koordinierenden Vertragsarzt,
  2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE). Insbesondere erklärt der koordinierende Vertragsarzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn dieser Vertragsarzt Leistungen im Rahmen dieses DMP erbringt und die Einschreibeunterlagen an die Datenstelle entsprechend § 24 weiterleitet. Die jeweilige Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte grundsätzlich nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich grundsätzlich indikationsübergreifend für einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden. Hiervon ausgenommen ist die Koordination im DMP Brustkrebs bzw. Diabetes mellitus Typ 1.
- (5) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse für das DMP anmelden. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten koordinierenden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und entsprechend Abschnitt VII an die Datenstelle weitergeleitet werden können.
- (6) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt diese ihrem Versicherten und dem koordinierenden Vertragsarzt schriftlich die Teilnahme des Versicherten am DMP.
- (7) Soweit ein an diesem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel innerhalb der beteiligten Krankenkassen vornimmt, sind die Einschreibeunterlagen dieses Vertrages für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 16 Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und die damit verbundene Datenverarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE (Anlage 7) zur Teilnahme am DMP bereit und willigt in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

## **§ 17 Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 15 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung jederzeit schriftlich, elektronisch oder mündlich gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Sie endet in diesem Fall – sofern der Versicherte keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt hat – mit dem Zugang der Widerrufserklärung bei der Krankenkasse oder mit dem Tag der mündlichen Bekanntmachung der Kündigung des Versicherten.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP endet weiterhin:
  - mit dem Tag des Kassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV,
  - bei Vorliegen eines der in § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV genannten Tatbestände mit Wirkung zu dem Tag der letzten gültigen Dokumentation (Dokumentationsdatum),
  - bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 15,
  - mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V.
  - Nach zwölfmonatiger Symptombefreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll der koordinierende Vertragsarzt zeitnah prüfen, ob der Versicherte – im Hinblick auf die in § 1 Abs. 2 genannten Therapieziele – weiterhin von einer Einschreibung in das DMP profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.
- (4) Die Krankenkasse des Versicherten informiert sowohl den Versicherten als auch den gewählten koordinierenden Vertragsarzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (5) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 14 vorliegen.
- (6) Bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren ist mindestens einmal jährlich eine mögliche Beendigung der Teilnahme an dem DMP Asthma aufgrund veränderter Symptome zu überprüfen.

## **§ 18 Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes**

- (1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb der Vertragsregion zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL und sendet die vollständigen Folgedokumentationsdaten an die Datenstelle gemäß § 22.
- (2) Der bisherige koordinierende Vertragsarzt ist mit Einwilligung des Versicherten verpflichtet, die bisherigen Dokumentationsdaten des Versicherten an den neu gewählten Vertragsarzt zu übersenden.
- (3) Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines gewählten Vertragsarztes aus diesem Vertrag.

## **§ 19 Versichertenverzeichnis**

Die Krankenkassen übermitteln der KVT bei Bedarf in elektronisch geeigneter Form eine Liste mit den Krankenversichertennummern für die gemäß diesem Abschnitt eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

### **Abschnitt VI Schulungen**

## **§ 20 Vertragsärzte**

- (1) Die Vertragspartner informieren gemeinsam in geeigneter Weise die gemäß §§ 3 und 4 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte umfassend über die Ziele und Inhalte dieses DMP, insbesondere über die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen. Die Schulungen der Vertragsärzte über Ziele und Inhalte der DMP sind richtlinienkonform.
- (2) Die in Bezug auf die Strukturqualität von den Vertragsärzten nach §§ 3 und 4 bzw. von deren angestellten Ärzten geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KVT von den – im Rahmen dieses DMP – leistungserbringenden Ärzten nachzuweisen. Die Anforderungen an die Fortbildungsmaßnahmen definiert die KVT.
- (3) Informationen der Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die DMP. Die KVT setzt die Krankenkassen über die jeweiligen DMP-Inhalte der regelmäßigen vertragsärztlichen DMP-Fortbildungsveranstaltungen in Kenntnis.
- (4) Die Ärzte gemäß §§ 3 und 4 informieren die Versicherten über mögliche Tabakentwöhnungsprogramme nach **Anlage 12**. Die von jeder Krankenkasse zur Verfügung stehenden Tabakentwöhnungsprogramme gemäß Anlage 12 sind auf den jeweiligen Internetseiten einsehbar.

## **§ 21 Versicherte**

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP Asthma/COPD sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln und die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu angemessenen Patientenentscheidungen. In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Dabei wird in den Schulungsprogrammen auf Inhalte verzichtet, die der DMP-A-RL widersprechen. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Schulungsstand des Versicherten ist zu berücksichtigen.

- (3) Kinder und Jugendliche bzw. deren Betreuungspersonen erhalten gleichfalls Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe **Anlage 10** „Patientenschulung“). Das Schulungs- und Behandlungsprogramm verfolgt das Ziel, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und in besonderem Maße auch das ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Der individuelle Schulungsstand des Versicherten bzw. der Betreuungsperson ist zu berücksichtigen.
- (4) Zur Schulung berechtigt sind Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4, die gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal“ hierzu befähigt sind. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6.
- (5) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in Anlage 10 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen vom BAS als verwendungsfähig erklärten Auflage genutzt.

## **Abschnitt VII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die koordinierenden Vertragsärzte und die Arbeitsgemeinschaft beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben**

#### **§ 22 Datenstelle**

- (1) Die Krankenkassen und die ARGE nach § 30 beauftragen eine Stelle (Datenstelle) insbesondere mit:
  1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  2. der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. der Anlage 12 der DMP-A-RL,
  3. der Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. Anlage 10 bzw. i. V. m. der Anlage 12 der DMP-A-RL,
  4. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, verbunden mit der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  5. der Pseudonymisierung des Versichertenbezuges der Dokumentationsdaten gemäß § 25 Abs. 2 RSAV,
  6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Versicherten- und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
  7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE nach § 32 und die KVT,
  8. der Entgegennahme, Vollständigkeitsprüfung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten an seine Krankenkasse,
  9. der Berücksichtigung des jüngsten Erstellungs-/Unterschriftsdatums bei den eingehenden Dokumentationsdaten (zur Einschreibung),
  10. der quartalsweisen Weiterleitung eines reduzierten Datensatzes für Abrechnungszwecke an die KVT, bestehend aus den administrativen Daten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL für die von der Datenstelle weitergeleiteten vollständigen Erst- und Folgedokumentationen, jeweils bis zum 15. des ersten Monats des Folgequartals.

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die ARGE mit der Datenstelle in einem gesonderten Vertrag. Grundsätzlich können die Krankenkassen und die ARGE die Datenstelle mit weiteren Aufgaben beauftragen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BAS unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des koordinierenden Vertragsarztes gemäß § 3 (erste Versorgungsebene) beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen ohne Vertretungsmacht geschlossenen Vertrages zwischen den Vertragspartnern und der ARGE nach § 25 RSAV mit der Datenstelle. Darin beauftragt er die Datenstelle:
  1. die von ihm erstellten Dokumentationsdaten gemäß § 24 auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und
  2. die Dokumentationsdaten entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL weiterzuleiten.

### **§ 23**

#### **Erst- und Folgedokumentationen**

- (1) Der Dokumentationsumfang richtet sich nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL.
- (2) Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (3) Der gewählte koordinierende Vertragsarzt legt in den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung des pneumologischen Erkrankungsbildes fest, welches Dokumentationsintervall („Quartalsweise“ oder „Jedes zweite Quartal“) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

### **§ 24**

#### **Datenfluss zur Datenstelle**

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

am Ort der Leistungserbringung elektronisch mit dem KBV-zertifizierten DMP-Modul des Arztinformationssystems oder auf einem von der Datenstelle zur Verfügung gestellten zertifizierten Arzt-Onlineportal zu erfassen und die Dokumentationen verschlüsselt in einer Übermittlungsdatei zusammengefasst innerhalb von 10 Kalendertagen nach Erstellung der Dokumentation an die Datenstelle (unter Beachtung der entsprechenden Regelungen des Datenschutzes) weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die von ihm erstellte und von ihm und dem Versicherten unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten innerhalb von 10 Kalendertagen, spätestens zusammen mit der Erstdokumentation und der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln.

Der koordinierende Vertragsarzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ bis „9“) bestehen darf. Die – in DMP anderer Krankheitsbilder – verwendete DMP-Fallnummer für einen Patienten kann dabei übernommen werden. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Vertragsarzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

- (2) Im Rahmen des elektronischen Verfahrens zur Erstellung von Erst- und Folgedokumentationen sowie deren elektronischen Weiterleitung an die Datenstelle erhält der Versicherte einen Ausdruck der übermittelten Daten.
- (3) Der Vertragsarzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) vorliegt.

## **§ 25 Datenverwendung und -zugang**

- (1) Die Datensätze der Dokumentationen werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 24 RSAV, die Schulung der Versicherten und Vertragsärzte sowie die Evaluation genutzt.
- (2) Zugang zu den an die Datenstelle gemäß Abschnitt IX und die ARGE übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

## **Abschnitt VIII Datenfluss an die Krankenkassen, die KVT und die Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 27 Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) des Versicherten an die betreffende Krankenkasse.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL (Erstdokumentation) an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse.
- (3) Die Datenstelle übermittelt bei der Folgedokumentation die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an das DMP-Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse.
- (4) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die GE nach § 32.

- (5) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVT.

## **§ 28 Datenzugang**

Zugang zu den an die GE, KVT und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen gemäß Abschnitt IX übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

## **§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung**

Die im Rahmen des DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Die Datenstelle archiviert die Dokumentationen einschließlich der für die Durchführung der DMP erforderlichen personenbezogenen Daten gemäß § 5 Abs. 2 Buchstabe b) DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung. Unberührt bleibt die Verpflichtung zur Datenlöschung bei Beendigung des Vertrages. Gleiches gilt für die Originaldokumente. Im Fall einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die Prüfbehörde stellt die Datenstelle die entsprechenden Dokumentationsdaten der Prüfbehörde auf Anforderung zur Verfügung.

## **Abschnitt IX Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

### **§ 30 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner haben für diese DMP-Indikationen sowie für weitere DMP eine ARGE nach § 219 SGB V gebildet. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

### **§ 31 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die ARGE hat entsprechend § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV die Aufgaben, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und an die KVT und die von den Mitgliedern der ARGE gebildete GE nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die ARGE beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 Abs. 3 SGB X die Datenstelle gemäß § 22 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.



## **§ 32 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der ARGE haben für diese DMP-Indikationen sowie für weitere DMP eine GE im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c) RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gebildet. Das Nähere ist in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

## **§ 33 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die GE hat die Aufgabe – auf Basis der von ihr erstellten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten – die Qualitätssicherung gemäß Anlagen 8a „Qualitätssicherung Asthma“ bzw. 8b „Qualitätssicherung COPD“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
  1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 bzw. i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL,
  4. die Pseudonymisierung des Arztbezuges und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V und § 6 DMP-A-RL und
  5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen der Erinnerungs- und Qualitätssicherung,
  6. die Auswertung der Dokumentationsdaten und Berichte der Krankenkassen, die im Rahmen der Aufgabenzuweisung nach § 12 zu erstellen sind.
- (2) Die GE kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 Abs. 3 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung von Aufgaben in Zusammenhang mit den in Abs. 1 Nrn. 1 und 4 genannten Maßnahmen beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt X Evaluation**

### **§ 34 Evaluation**

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

## **Abschnitt XI Abrechnung und Vergütung**

### **§ 35 Abrechnung und Vergütung**

- (1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag geregelt.
- (2) Die Krankenkasse trägt die Vergütung für Leistungen an Patienten im Rahmen dieses Vertrages, die sich gegenüber dem Vertragsarzt als anspruchsberechtigte Versicherte der Krankenkasse ausweisen.

## **Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen**

### **§ 36 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch muss gewährleistet sein.
- (2) Die Vertragsärzte verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Vertragsärzten und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

### **§ 37 Datenlieferung durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen**

Die Datenübermittlungen gemäß § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgen gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

### **§ 38 Haftung**

Eine Haftung der KVT für etwaige den Krankenkassen im Rahmen des Risikostrukturausgleichs entstehende Nachteile aus diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit die Datenlieferungen der KVT vollständig und fristgerecht erfolgten und sie die Nachteile daher nicht zu vertreten hat.

### **§ 39 Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 15.03.2019 und tritt zum 01.04.2024 in Kraft. Die asthma-spezifischen Anpassungen treten dabei jedoch erst zum 01.10.2024 in Kraft. Der Vertrag kann mit einer dreimonatigen Frist zum Jahresende gekündigt werden. Bei Kündigung

des Vertrages durch eine Krankenkasse bleibt dieser Vertrag für die anderen Vertragspartner bestehen.

- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge von Änderungen der RSAV, der DMP-A-RL sowie aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung sind zu beachten.
- (3) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung des DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des DMP durch das BAS kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von einem Monat zum Kalendervierteljahr gekündigt werden.

#### **§ 40 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.

#### **§ 41 Salvatorische Klausel**

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

gez. Dr. med. Annette Rommel  
1. Vorsitzende des Vorstandes der  
Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

.....  
Ort, Datum

gez. AOK PLUS – Die Gesundheitskasse  
für Sachsen und Thüringen.

.....  
Ort, Datum

gez. BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Thüringen

.....  
Ort, Datum

gez. IKK classic

.....  
Ort, Datum

gez. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten  
und Gartenbau (SVLFG), handelnd als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse

.....  
Ort, Datum

gez. KNAPPSCHAFT  
- Regionaldirektion Frankfurt/Main -

.....  
Ort, Datum

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

.....  
Ort, Datum