V E R T R A G

über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 10.05.2004 in der Fassung ab 01.10.2026

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 kardiologisch qualifizierten Facharztes
§ 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 KHK

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

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft 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 – Abrechnung und Vergütung

§ 34 Abrechnung und Vergütung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

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

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt nach § 3
Anlage 2	Strukturqualität kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4
Anlage 3	Strukturqualität Schulungsarzt und nichtärztliches Schulungspersonal
Anlage 4	Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes
Anlage 4a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung angestellter Arzt
Anlage 5a	Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (ambulant)
Anlage 5b	Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (ambulant – Veröffentlichung)
Anlage 5c	Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK (stationär)
Anlage 5d	Technische Anlage zum Leistungserbringerverzeichnis
Anlage 6	Versorgungsinhalte zur Behandlung von KHK
Anlage 7	Qualitätssicherung
Anlage 8	Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm mit Information zum Datenschutz sowie indikationsübergreifender Patienteninformation („Teilnahme- und Einwilligungserklärung“)
Anlage 9	Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen
Anlage 10	Patientenschulungen

Erläuterungen

„ARGE“ ist die Arbeitsgemeinschaft DMP Thüringen i. S. d. §§ 29 und 30.

„BAG“ ist eine Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte.

„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 6 der DMP-A-RL aufgeführten Daten (Anlage 9).

„DS-GVO“ ist die Datenschutz-Grundverordnung.

„Einrichtung“ ist eine solche nach §§ 105 Abs.1c oder 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V.

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

„GE“ ist die Gemeinsame Einrichtung DMP Thüringen i. S. d. §§ 31 und 32.

„KHK“ ist die Koronare Herzkrankheit.

„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 kardiologisch qualifizierten Fachärzte 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, 4 bzw. ausschließlich § 3 ergeben.

„MVZ“ ist ein Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

„Qualifizierte Einrichtung“ ist eine Einrichtung, die gemäß Anlage 5 Nummern 1.6.1 und/oder 1.6.2 der DMP-A-RL 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.

„Qualifizierte Fachärzte“ sind Vertragsärzte i.S. d. § 4.

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

„RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung.

„Vertragsärzte“ sind die koordinierenden Vertragsärzte sowie die kardiologisch qualifizierten Fachärzte, die im Besitz einer Zulassung zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherten sind.

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

Für einen angestellten Arzt gehen bestimmte Rechte und Pflichten im Rahmen dieses Vertrages, die sich hieraus ergeben (u. a. strukturelle Teilnahmevoraussetzungen, Vergütungsansprüche, etc.), auf den anstellenden Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ bzw. die anstellende Einrichtung über. Unterschriftsberechtigt für die anstellende BAG ist stellvertretend ein Vertragsarzt der BAG; für das anstellende MVZ bzw. die anstellende Einrichtung können dies insbesondere der Leiter, der ärztliche Leiter, der Geschäftsführer oder der Prokurist etc. sein.

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 einer Koronaren Herzkrankheit (im Folgenden KHK genannt) wird mit Wirkung zum 01.10.2026 wie folgt neu gefasst:

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 KHK geschlossen.

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. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die KHK eine immense Bedeutung als chronische Erkrankung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose von KHK zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und einen kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgekrankheiten 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.

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 – so weit 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.

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 KHK. 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 dem Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.

Die Ziele und Anforderungen an das DMP KHK sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung sowie der RSAV.

(2) Mit diesem Vertrag werden für alle teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 5 Nummer 1.3 der DMP-A-RL angestrebt:

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

§ 2
Geltungsbereich

(1) Dieser Vertrag gilt für:

1. Vertragsärzte, MVZ und Einrichtungen im Bereich der KVT, die nach Maßgabe des Abschnitts II a 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 a 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 a 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 § 34 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 § 34 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs anerkennen. Die KVT informiert hierüber 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 § 38.

Abschnitt II a
Teilnahme der Vertragsärzte

§ 3
Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Vertragsarztes

(1) Die Teilnahme des koordinierenden Vertragsarztes an diesem DMP ist freiwillig.

(2a) Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind zugelassene Vertragsärzte in eigener Praxis, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die die Anforderungen an die Strukturqualität nach **Anlage 1** („Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt nach § 3“) erfüllen.

(2b) Ebenso teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind Vertragsärzte, BAG, MVZ oder Einrichtungen, sofern mindestens ein angestellter Arzt gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich erfüllt.

(3) Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt für sich selbst bzw. bei angestellten Ärzten der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung 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 Abs. 1a bestätigt der Vertragsarzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen für ihn erfüllt sind.

(5) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung die Erfüllung der Strukturqualität (arzt- und betriebsstättenbezogene Strukturvoraussetzungen) durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 Abs. 1b bestätigt der angestellte Arzt und zusätzlich der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ, die anstellende Einrichtung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt, von der anstellenden BAG, dem anstellenden MVZ oder der anstellenden Einrichtung unverzüglich gemäß **Anlage 4a** („Teilnahme- und Einwilligungserklärung angestellter Arzt“) mitgeteilt.

(6) Der qualifizierte Facharzt nach § 4 kann auch in Ausnahmefällen koordinierender Vertragsarzt sein, sofern:

- die Versicherten bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft betreut wurden oder
- die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der koordinierend tätige qualifizierte Facharzt meldet die therapierelevanten Daten an den Hausarzt zurück, damit dieser seine Tätigkeit darauf abstimmen kann.

(7) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2a, 2b 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 5 Nummer 1.6 der DMP-A-RL,
2. die Koordination der Behandlung der Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, zur 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 6 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 5 Nummer 1.6.2 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Überweisung mit der Kennzeichnung „DMP KHK“ an vertraglich eingebundene Vertragsärzte – entsprechend **Anlage 2** („Strukturqualität kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4“) – vorzunehmen. Im Übrigen entscheidet der koordinierende Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
7. Bei Vorliegen der in Anlage 5 Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen ist eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung – vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 8 – 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, 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 5 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 durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1. bis 9. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung 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 kardiologisch qualifizierten Facharztes

(1) Die Teilnahme des kardiologisch qualifizierten Facharztes an diesem DMP ist freiwillig.

(2a) Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind zugelassene Vertragsärzte in eigener Praxis, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 („Strukturqualität kardiologisch qualifizierter Vertragsarzt nach § 4“) erfüllen.

(2b) Ebenso teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte, BAG, MVZ oder Einrichtungen, sofern mindestens ein angestellter Arzt an der qualifizierten Versorgung teilnimmt und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2 persönlich erfüllt.

(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 Abs. 1a bestätigt der Vertragsarzt, 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, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVT nach. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 5 Abs. 1b bestätigt der angestellte Arzt und zusätzlich der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ, die anstellende Einrichtung, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP wird der KVT vom anstellenden Vertragsarzt, von der anstellenden BAG, dem anstellenden MVZ oder von der anstellenden Einrichtung gemäß Anlage 4a („Teilnahme- und Einwilligungserklärung angestellter Arzt“) unverzüglich mitgeteilt.

(6) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2a und 2b 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. die Überweisung an andere, auch nicht an diesem Vertrag teilnehmende Vertragsärzte entsprechend der Anlage 5 Nummer 1.6 der DMP-A-RL; im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.
5. die Übermittlung therapierelevanter Informationen je Behandlungsfall und Quartal in Form eines Zwischenberichtes an den koordinierenden Vertragsarzt (sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt). Bei einer Stabilisierung des Zustandes des Patienten ist zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den koordinierenden Vertragsarzt möglich ist.
6. die zur Mit- oder Weiterbehandlung therapierelevanten 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.

7. Bei Vorliegen der in Anlage 5 Nummer 1.6.3 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in eine qualifizierte stationäre Einrichtung – vorrangig entsprechend dem Krankenhausverzeichnis nach § 8 – vorzunehmen. Dabei sind die individuellen Patienteninteressen und die regionale Versorgungsstruktur zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.
8. die Prüfung der Notwendigkeit einer invasiven Diagnostik und Therapie und deren Durchführung,
9. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme (insbesondere bei Vorliegen der in Anlage 5 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 durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Nummern 1. bis 9. entsprechend. Der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung 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

(1a) Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3

und/oder

als kardiologisch qualifizierter Facharzt nach § 4 gegenüber der KVT schriftlich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß **Anlage 4** („Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Vertragsarztes“) zur Teilnahme am DMP KHK bereit.

(1b) Angestellte Ärzte und deren anstellender Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ, die anstellende Einrichtung erklären gemeinsam unter Angabe der Funktion des angestellten Arztes als koordinierender Vertragsarzt nach § 3

und/oder als

kardiologisch qualifizierter Facharzt nach § 4 gegenüber der KVT schriftlich auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß Anlage 4a („Teilnahme- und Einwilligungserklärung angestellter Arzt“) die Teilnahme des angestellten Arztes am DMP KHK. Die Teilnahme eines anderen bzw. jedes weiteren angestellten Arztes ist entsprechend Anlage 4a unverzüglich nachzuweisen.

(2) Der Vertragsarzt bestätigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung die Datenverarbeitung durch die Datenstelle. Bei angestellten Ärzten bestätigt der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG bzw. das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung die Datenverarbeitung.

(3) Für den Fall, dass die ARGE und die Vertragspartner die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt der koordinierende Vertragsarzt bzw. der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung die KVT als Mitglied der ARGE, in seinem/ihrem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Der koordinierende Vertragsarzt bzw. der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ oder die anstellende Einrichtung 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 bzw. der anstellende Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ

oder die anstellende Einrichtung über alle Änderungen und über sein/ihr geltendes Kündigungsrecht bei der Teilnahme am DMP-Vertrag informiert.

(4) Wird die Teilnahme am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des angestellten Arztes neben seinen administrativen Daten (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) die Unterschrift des anstellenden Vertragsarztes bzw. der anstellenden BAG, des anstellenden MVZ oder der anstellenden Einrichtung enthalten. Die Anstellung eines anderen bzw. jeden weiteren Arztes ist entsprechend Anlage 4a unverzüglich nachzuweisen.

(5) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

§ 6
Teilnahmeverfahren

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

§ 7
Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

(1) Die Teilnahme des Vertragsarztes für den koordinierenden Versorgungssektor und/ oder qualifizierten Versorgungssektor beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.

(2) Die Teilnahme kann seitens des Vertragsarztes bzw. bei angestellten Ärzten zusätzlich durch den anstellenden Vertragsarzt, die anstellende BAG, das anstellende MVZ, die anstellende 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 Abs. 3 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 Vertragsärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen.

(5) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte (Vertragsarzt, BAG, MVZ, Einrichtung) ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte, soweit der anstellende Vertragsarzt selbst und alle anderen angestellten Ärzte in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllen. Die Teilnahme der Betriebsstätte ruht in diesem

Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht nicht für die Betriebsstätte, sofern der anstellende Vertragsarzt oder weitere angestellte Ärzte aufgrund der eigenen Strukturqualität eine DMP-Zulassung besitzen.

Die DMP-Teilnahme der Betriebsstätte, des MVZ bzw. Einrichtung endet, sofern kein anderer angestellter Arzt die Voraussetzungen nach § 3 bzw. § 4 erfüllt.

Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines Arztes, welcher die Strukturvoraussetzungen nach den Anlagen 1 und/oder 2 erfüllt. Sofern ein anderer angestellter Arzt die entsprechenden Voraussetzungen für die Teilnahme am DMP KHK erfüllt, muss dieser gemeinsam mit seinem anstellenden Vertragsarzt, der anstellenden BAG, dem anstellenden MVZ oder der anstellenden Einrichtung die jeweilige Teilnahme bei der KVT beantragen (§ 5 Abs. 1b bzw. 4); diese beginnt mit dem Tag der Erteilung der schriftlichen Genehmigung durch die KVT.

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

§ 8
Verzeichnisse über teilnehmende Vertragsärzte und stationäre Einrichtungen

(1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Vertragsärzte nach den §§ 3 und 4 führt die KVT ein Verzeichnis (**Anlagen 5a und 5b**). Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die angestellten Ärzte, sofern diese die Strukturqualität nach den Anlagen 1 und/oder 2 persönlich erfüllen. Die KVT stellt dieses Verzeichnis entsprechend **Anlage 5d** den Vertragspartnern wöchentlich bei Änderungen sowie auf Anforderung in elektronischer Form zur Verfügung.

Das Leistungserbringerverzeichnis für das DMP KHK wird außerdem bei Bedarf:

- den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten sowie angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen,
- den am DMP KHK 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 KHK wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:

- Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
- lebenslange Arzt- und Betriebsstättennummer,
- Vertragsärzte und 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 (Anlage 5b).

(4) Das BAS erhält im Rahmen der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen (und auf Anforderung) ein Leistungserbringerverzeichnis entsprechend Anlage 5a 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 stationären Einrichtungen (**Anlage 5c**). Das Verzeichnis stellen die Krankenkassen dem BAS im Rahmen der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen (und auf Anforderung) zur Verfügung. Dieses Verzeichnis wird zudem der KVT zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte 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 KHK vertraglich eingebunden werden. Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig und in gesonderten Verträgen mit den Krankenkassen geregelt.

Abschnitt III
Versorgungsinhalte

§ 10
Medizinische Anforderungen an das DMP KHK

(1) Die medizinischen Anforderungen sind in **Anlage 6** („Versorgungsinhalte zur Behandlung von Koronarer Herzkrankheit“) definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen wortgleich den Anforderungen nach Anlage 5 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, 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 der KHK zeitnah in dieses DMP aufnehmen.

(4) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die an diesem DMP für KHK teilnehmenden Versicherten gemäß der aktuellen Anlage 6 nach Abs. 1 zu behandeln und zu beraten sind. Dies gilt ebenfalls, wenn teilnehmende Vertragsärzte Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV
Qualitätssicherung

§ 11
Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der **Anlage 7** („Qualitätssicherung“) genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Anlage 5 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 6 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 12
Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Qualitätsziele

(1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 7 zur Erreichung der Ziele zugrunde gelegt.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Vertragsärzte,
- ein 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 der eingeschriebenen Versicherten.

(3) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten sowie deren Beratung und Information entsprechend Anlage 7 werden die Krankenkassen nicht in die medizinischen, therapeutischen und Vertrauensbelange des Arzt-Patienten-Verhältnisses eingreifen.

(4) Zur Auswertung der in Anlage 7 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach den Anlagen 2 und 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.

(5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 7 – 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 dieses 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 – 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 einem 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 5 Nummer 3 der DMP-A-RL erfüllt sind:

- die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt entsprechend Anlage 5 Nummer 1.2 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß **Anlage 8**,
- die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 Bestätigung über den Erhalt der Information über die Programminhalte erfolgt schriftlich oder elektronisch.
- 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, dass sie im Einzelnen:

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

4. über die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihre Mitwirkungspflichten und die Folgen fehlender Mitwirkung informiert wurden sowie
5. über die mit ihrer Teilnahme am DMP verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten informiert wurden, 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 einem beauftragten Dritten übermittelt werden.

(2) Hierzu prüft der koordinierende Vertragsarzt, ob die für die Einschreibung in das DMP erforderliche Diagnose Koronare Herzkrankheit gesichert ist.

Für das DMP KHK hat der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5 Nummer 3.2 i. V. m. Nummer 1.2 (Diagnostische Kriterien zur Eingrenzung der Zielgruppe) der DMP-A-RL zu erfüllen:

- bei Vorliegen einer typischen Konstellation aus Symptomatik, Anamnese, körperlicher Untersuchung, Begleiterkrankungen und Hinweisen auf eine myokardiale Ischämie (reversibel oder irreversibel) oder pathologische Befunde in funktionellen, nicht-invasiven Untersuchungsverfahren oder
- durch direkten nicht-invasiven Nachweis mittels Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) oder
- durch direkten Nachweis mittels Koronarangiografie oder
- bei einem akuten Koronarsyndrom in der Vorgeschichte.

(3) Ebenfalls hat der koordinierende Vertragsarzt zu prüfen, ob der Versicherte im Hinblick auf die in Anlage 5 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) Versicherte, die an mehreren der in der RSAV sowie diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL (in der jeweils gültigen Fassung) genannten Erkrankungen leiden, können an verschiedenen DMP teilnehmen.

(6) 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.

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

§ 15
Information und Einschreibung

(1) Koordinierende Vertragsärzte informieren entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL ihre 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 in geeigneter Weise, insbesondere durch die Patienteninformation gemäß Anlage 8 umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer und Aufbewahrung ihrer Daten.

(3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 16 folgende Voraussetzungen notwendig:

1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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. Insbesondere erklärt der koordinierende Vertragsarzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme (z. B. an Schulungen) bereit ist.

(4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn dieser Vertragsarzt 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 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 Teilnahme- und Einwilligungserklärung 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 (Anlage 8) 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, an dem das Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse beendet wird bzw. 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 Einschreibungsvoraussetzungen gemäß § 15,
- mit dem Tag der dauerhaften Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V.

(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.

§ 18
Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes

(1) Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Vertragsarzt innerhalb der Vertragsregion zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Vertragsarzt erstellt die Folgedokumentation entsprechend Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 des 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.

§ 21
Versicherte

(1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP KHK 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 Versorgungsinhalte 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) 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.

(4) 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 6 der DMP-A-RL,
2. der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,

3. der Archivierung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,
4. der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 der DMP-A-RL mit Versicherten- und Arztbezug an die jeweilige Krankenkasse,
7. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 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 6 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.

(2) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des koordinierenden Vertragsarztes (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 6 der DMP-A-RL weiterzuleiten.

§ 23
Erst- und Folgedokumentationen

(1) Der Dokumentationsumfang richtet sich nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL (siehe **Anlage 9** – „Dokumentationsparameter für Erst- und Folgedokumentationen“).

(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 6 der DMP-A-RL entsprechend der Ausprägung des 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 teilnehmende koordinierende Vertragsarzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 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 vergibt für jeden Versicherten eine (nur einmalig) DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern („0“ bis „9“) bestehen darf. Die bereits in DMP anderer Krankheitsbilder verwendete DMP-Fallnummer für einen Patienten kann dabei übernommen werden. In anderen Fällen ist die Fallnummer vom Vertragsarzt neu festzulegen. 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 des Versicherten 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 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 dieses DMP im Auftrag des koordinierenden Vertragsarztes übermittelten personenbezogenen Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse, die KVT und die GE von der Datenstelle archiviert. Es gelten die Aufbewahrungspflichten gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a und 2b 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 des Versicherten an die betreffende Krankenkasse.

(2) Die Datenstelle übermittelt bei der Ersteinschreibung die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 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 6 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 6 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 Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses DMP wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

Abschnitt IX
Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung

§ 29
Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

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

§ 30
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 6 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 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.

§ 31
Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der ARGE haben für diese DMP-Indikation 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.

§ 32
Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

(1) Die GE hat die Aufgabe – auf Basis, der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten – die Qualitätssicherung gemäß Anlage 7 durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:

1. die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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 6 der DMP-A-RL,
3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 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,
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 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

§ 33
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

§ 34
Abrechnung und Vergütung

(1) Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages ist in einem gesonderten Vertrag (DMP-übergreifender Vergütungsvertrag) 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

§ 35
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.

§ 36
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 und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37
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.

§ 38
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vertrag ersetzt den Vertrag vom 01.04.2021 und tritt zum 01.10.2026 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.

§ 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

(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.

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

.....
Ort, Datum

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen.

.....
Ort, Datum

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen

.....
Ort, Datum

IKK classic

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Frankfurt/ Main -

.....
Ort, Datum

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

.....
Ort, Datum