

V E R T R A G

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
dem BKK-Landesverband NORDWEST**

- handelnd für die Betriebskrankenkassen -
der IKK classic

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)

als Landwirtschaftliche Krankenkasse

der KNAPPSCHAFT

den Ersatzkassen in Nordrhein:

- **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 Nordrhein-Westfalen

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf**

über ein

**strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) nach § 137 f SGB V
zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung
von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)**

Inhaltsverzeichnis

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Ärzte

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors
- § 4a Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 8 Ärzteverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung
- § 11a Förderung der Wirtschaftlichkeit
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

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

Abschnitt VI – Schulungen

§ 19 Schulungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer

§ 20 Schulungen für Versicherte

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

§ 21 Datenstelle

§ 22 Erst- und Folgedokumentation

§ 23 Datenfluss zur Datenstelle

§ 24 Datenzugang / Berechtigung in der Datenstelle

§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung durch die Datenstelle

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

§ 26 Datenfluss

§ 27 Datenzugang / Berechtigung für Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und jeweilige Datenzentren

§ 28 Datenaufbewahrung

Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

§ 29 Arbeitsgemeinschaft

§ 30 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 31 Gemeinsame Einrichtung

§ 32 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt X - Evaluation

§ 33 Evaluation

Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung

§ 34 Vergütung und Abrechnung

Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen

§ 35 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 36 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

§ 37 Laufzeit und Kündigung

§ 38 Schriftform

§ 39 Salvatorische Klausel

Anlagen

Anlage 1	Strukturqualität für Ärzte nach § 3
Anlage 2	Strukturqualität für Ärzte nach § 4
Anlage 3	Strukturqualität für weitere Ärzte
Anlage 4a	Teilnahmeerklärung Ärzte
Anlage 4b	Ergänzungserklärung Ärzte
Anlage 5	indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte, Datenschutzinformation Versicherte, Patienteninformation – Austauschen – Stand: 06.05.2020
Anlage 6	Qualitätssicherung (Ziele, Indikatoren, Maßnahmen) (Stand: 28.01.2021)
Anlage 7	Ärzteverzeichnis Leistungserbringerverzeichnis des BAS (Stand 26.06.2019)
Anlage 8	Patientenschulung
Anlage 9	Befundbericht

Erläuterungen/Abkürzungen

- „Ärzte“ sind Ärzte i. S. d. §§ 3 und 4, Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen i. S. d. § 4a sowie angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.
- Angestellte Ärzte in Arztpraxen und in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihres Status teil; sie haben die sich aus der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ergebenden Pflichten zu beachten, auch wenn sie nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung sind.
- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „DMP“ steht für Disease-Management-Programm nach § 137f SGB V
- „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
- „DS-GVO“ ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „KGNW“ ist die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- „Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände
- „KV Nordrhein“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
- „RSAV“ ist die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
- „TE/EWE“ ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung

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

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

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

PRÄAMBEL

Herzkrankheiten mit Minderdurchblutung der Koronargefäße sind die häufigste Todesursache in den westlichen Industrieländern. Beeinflussbare Ursachen der Koronaren Herzkrankheit (KHK) liegen in bestimmten häufigen Eigenschaften der Lebensform wie Fehlernährung, Übergewicht, Rauchen und mangelnder körperlicher Betätigung. Die KHK gilt gleichzeitig als schwerwiegende Folgekrankheit der Stoffwechselstörung des Diabetes mellitus bei nicht adäquater Behandlung.

Im Rahmen dieses Vertrages werden Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung von Patienten mit KHK einschließlich der Schnittstellen innerhalb der ärztlichen Versorgungskette und zu der versichernden Krankenkasse definiert, um eine der individuellen Situation des Versicherten angepasste Versorgung zu gewährleisten.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V ist zu beachten. Es ist vorrangiges Ziel der Vereinbarung, die Versorgung zu optimieren sowie eine insgesamt ausgabenneutrale Implementierung strukturierter Behandlungsprogramme zu ermöglichen.

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 KHK sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5 sowie in der RSAV festgelegt.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1
Ziele des Vertrages

(1) Ziele dieses Vertrages sind:

1. Sicherung und Verbesserung der Qualität der Langzeitversorgung der Patienten mit KHK durch einen strukturierten kontinuierlichen Behandlungsverlauf,
2. Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität der betroffenen Patienten insbesondere durch individuelle systematische Betreuung, Information und Schulung sowie
3. den Patienten durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme und Erfüllung von Behandlungsoptionen anzuregen, die nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse geeignet sind, den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen und die unter Abs. 2 genannten Ziele zu erreichen.

(2) Die Ziele und Anforderungen an dieses Behandlungsprogramm sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV festgelegt. Entsprechend Anlage 5 Nummer 1.3 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner folgende Ziele an:

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

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Dieser Vertrag gilt für:
1. die an der vertragsärztlichen Versorgung in der Region der KV Nordrhein teilnehmenden Ärzte, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben, die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung von der KV Nordrhein erhalten haben,
 2. die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
 3. die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern die Krankenkasse des Versicherten vorab diesen Vertrag gegen sich gelten lässt oder die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KV Nordrhein darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären, dass sie die Vergütungen gemäß § 34 anerkennen. Die KV Nordrhein informiert hierüber die teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Abs. 1 Nr. 3 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V bleibt unberührt.

Abschnitt II

Teilnahme der Ärzte

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 1* erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen, in denen eine Versorgung nach Abs. 2 nicht durchführbar ist, kann ein Patient mit Koronarer Herzkrankheit einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Nummer 1.6.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn seine besondere Qualifikation für die Behandlung des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.
- (4) Teilnahmeberechtigt nach Abs. 3 sind demnach Internisten, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach *Anlage 2* persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.
- (5) Soweit eine Versorgung nach den Abs. 2 bis 3 nicht ausreicht, kann eine Einrichtung, die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, die die Strukturqualität nach Abs. 2 erfüllt und an dem Programm teilnimmt, durch einen Patienten entsprechend Abs. 3 gewählt werden.
- (6) Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (7) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt unverzüglich mit Hilfe des in der *Anlage 4b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte) mitgeteilt.
- (8) Zu den Pflichten der nach den Abs. 2 bis 5 teilnahmeberechtigten Ärzten gehören insbesondere:
1. die Koordination der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Ärzte unter Beachtung der nach § 9 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln,
 2. die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 14 sowie die Verarbeitung und Weiterleitung der Erst- und Folgedokumentationen nach den Abschnitten VII und VIII,
 3. bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen,
 - a) die Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
 - b) die Berücksichtigung von Wechselwirkungen in der Behandlung,
 - c) die Synchronisierung der jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume,
 4. die vollständige Erstellung plausibler Dokumentationen, soweit diese nicht ausreichend bzw. nicht plausibel ausgefüllt weitergeleitet wurden, die nachträgliche Ergänzung fehlender bzw. Korrektur unplausibler Parameter auf Anforderung,
 5. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 6. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen,
 7. die Beachtung der Überweisungsregeln entsprechend der Anlage 5 Nummer 1.6.2 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen, zum Beispiel zur Einbeziehung eines psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten

zur Durchführung supportiver psychotherapeutischer Interventionen, zum Beispiel Krisenintervention und/oder psychoedukative Maßnahmen, über eine Überweisung,

8. bei Überweisung an andere Ärzte
 - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - b) von diesen Ärzten diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern und
 - c) auf dem Überweisungsschein zu vermerken, dass der Versicherte im DMP eingeschrieben ist,
9. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* des Vertrages unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte in das DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
10. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1-10 entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der RSAV sowie der DMP-A-RL Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der Ärzte an diesem Programm ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung sind Ärzte, soweit sie persönlich oder durch angestellte Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität nach der *Anlage 2* zu diesem Vertrag 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. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 5 bestätigt der anstellende Arzt, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.

- (4) Sollen die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Nordrhein nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Leistungserbringung des angestellten Arztes im Rahmen dieses Vertrages wird der KV Nordrhein vom anstellenden Arzt mit Hilfe des in der *Anlage 4b* beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung Ärzte) unverzüglich mitgeteilt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
1. die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Nordrhein entsprechend nachgewiesen ist,
 4. die Überweisung per Auftragsleistung an andere Ärzte entsprechend *Anlage 4* gemäß Nummer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. bei Überweisung an andere Ärzte
 - a) diagnostik- und therapierelevante Informationen entsprechend § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln,
 - b) von diesen Ärzten diagnostik- und therapierelevante Informationen einzufordern,
 6. bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 sind therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln. Die Vertragspartner empfehlen folgende Regelung: Die Rücküberweisung soll in der Regel innerhalb von zwei Monaten nach erstem Versichertenkontakt, spätestens nach Ablauf von vier Monaten, erfolgen. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt nach § 3 je Behandlungsfall therapierelevante Informationen je Quartal zu übermitteln,

7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete am DMP teilnehmende Krankenhaus entsprechend der *Anlage 3* unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen, den koordinierenden Arzt hiervon zu unterrichten und dabei auf der Einweisung zu vermerken, dass der Versicherte im DMP KHK eingeschrieben ist. Eine entsprechende Liste wird den teilnehmenden Ärzten zur Verfügung gestellt. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
8. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.4 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme zu erwägen.

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

§ 4a

Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Die Krankenkassen binden Krankenhäuser für die stationäre Versorgung sowie Rehabilitationseinrichtungen für die medizinische Versorgung von teilnehmenden Versicherten vertraglich ein. Die teilnehmenden Krankenhäuser werden in diesen Verträgen verpflichtet, bestimmte Anforderungen an die Strukturqualität zu erfüllen und die Patienten gemäß den medizinischen Vorgaben der Anlage 5 der DMP-A-RL zu behandeln.
- (2) Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen die medizinischen Grundlagen der DMP-A-RL beachten und die fachliche Qualifikation sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsverfahren nachweisen.
- (3) Die Teilnahme der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen ist freiwillig.

§ 5

Teilnahmeerklärung

- (1) Der Arzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Arzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KV Nordrhein schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß der *Anlage 5a „Teilnahmeerklärung Ärzte“* zur Teilnahme am DMP bereit. Wird die Teilnahme des Arztes am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes neben den administrativen

Daten des anstellenden Arztes auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, lebenslange Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der *Anlage 4b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KV Nordrhein kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden. Mit der Antragstellung legt der Arzt dar, dass er persönlich oder durch angestellte Ärzte die Qualitätsanforderungen gemäß *Anlage 1* bzw. *2* des Vertrages erfüllt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Er genehmigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 4a* den mit der Datenstelle nach § 21 geschlossenen Vertrag.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die KV Nordrhein erteilt den gemäß § 3 an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und den gemäß § 4 an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese persönlich oder durch angestellte Ärzte die in *Anlage 1* bzw. *Anlage 2* des Vertrages genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen. Sie überprüft jährlich, ob die Strukturvoraussetzungen noch vorliegen und erstattet der Gemeinsamen Einrichtung hierüber Bericht.

§ 7

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Arztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Genehmigung zur Teilnahme durch die KV Nordrhein, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß *Anlage 4a* „*Teilnahmeerklärung Ärzte*“.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die KV Nordrhein informiert die Krankenkassen über das Ausscheiden eines Arztes.

- (4) Endet die Teilnahme eines koordinierenden Arztes, kann die Krankenkasse den hiervon betroffenen Versicherten das Ärzteverzeichnis gemäß § 8 zukommen lassen, um gegebenenfalls einen Wechsel des koordinierenden Arztes gemäß § 17 vorzunehmen.
- (5) Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KV Nordrhein.
- (6) Die Teilnahme am Programm endet, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (7) Im Falle der Beendigung des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP in einer Betriebsstätte ruht die Teilnahme dieser Betriebsstätte in Gänze oder in Teilen, soweit der anstellende Arzt oder ein anderer Arzt in der teilnehmenden Betriebsstätte die Voraussetzungen für die Leistungserbringung im DMP nicht persönlich erfüllt. Die Teilnahme des anstellenden Arztes ruht in diesem Fall ab dem Datum des Ausscheidens des angestellten Arztes. Sie ruht in Gänze, wenn der anstellende Arzt aufgrund der eigenen Strukturqualität keine DMP-Zulassung besitzt. Sie ruht in Teilen, wenn die Zulassung für die besondere Leistungserbringung, z. B. Patientenschulungen des angestellten Arztes ruht, der anstellende Arzt seine persönlich genehmigte Leistungserbringung jedoch noch durchführen kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der *Anlage 4b* beigefügten Formular (Ergänzungserklärung Ärzte).
- (8) Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der *Anlage 1* „*Strukturqualität koordinierender Arzt*“ näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung und Dokumentation im DMP berechtigt.

§ 8

Ärzteverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß §§ 3 und 4 führt die KV Nordrhein ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei den teilnehmenden Ärzten angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen. Die KV Nordrhein stellt dieses Verzeichnis den teilnehmenden Krankenkassen, der Gemeinsamen Einrichtung nach § 31 und der KGNW in elektronischer Form, z. B. als Excel-Datei, entsprechend *Anlage 10* des Vertrages wöchentlich zur Verfügung.

- (2) Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis der nach § 4a teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Sie stellen die Verzeichnisse der gemeinsamen Einrichtung, der KGNW und der KV Nordrhein mit jeder Änderung zur Verfügung.
- (3) Die Verzeichnisse nach Abs. 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BAS alle fünf Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form zur Verfügung.
- (4) Die Verzeichnisse der teilnehmenden Ärzte werden außerdem folgenden Personenkreisen bzw. Einrichtungen zur Verfügung gestellt:
 1. den am Vertrag teilnehmenden Ärzten durch die KV Nordrhein und den am DMP teilnehmenden Krankenhäusern durch die KGNW,
 2. bei Bedarf den teilnahmewilligen bzw. teilnehmenden Versicherten durch die Krankenkasse, insbesondere bei Neueinschreibung- und
 3. der Datenstelle nach § 21 durch die KV Nordrhein (ambulanter Sektor).
- (5) Diese Verzeichnisse können mit Zustimmung der Ärzte veröffentlicht werden. Die Zustimmung wird mit der Teilnahmeerklärung erteilt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der *Anlage 5 DMP-A-RL* definiert und verbindlicher Bestandteil dieses Vertrages. Die Ärzte sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfaltet, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen durch die KV Nordrhein zu unterrichten. Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung gemäß § 5 insbesondere, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Die Vertragspartner stimmen überein, dass die teilnehmenden Ärzte an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK teilnehmende Versicherte gemäß den in diesem Vertrag vereinbarten Versorgungsinhalten behandeln und beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Ärzte Versicherte wegen KHK aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Zur Auswertung der in der Anlage 6 fixierten Indikatoren sind die versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 und 6 der DMP-A-RL einzubeziehen. Grundlage der Qualitätssicherung sind die in *Anlage 6* des Vertrages genannten Ziele. Hierzu gehören insbesondere die:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.6 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationsdaten und
- aktive Teilnahme der Versicherten.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren für die Qualitätssicherung

- (1) Ausgehend von § 2 der DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP Ziele, Maßnahmen und Indikatoren zugrunde gelegt.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldefunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Ärzte,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte nach § 3 mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; ggf. ergänzt durch gemeinsame Aufarbeitung in strukturierten Qualitätszirkeln,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,

- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Ärzte und eingeschriebenen Versicherten.

(3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach *Anlage 6* Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 11a

Förderung der Wirtschaftlichkeit

- (1) Mit diesem Vertrag soll neben der Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK durch die Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Ärzten auch Einfluss genommen werden auf ihre wirtschaftliche Versorgung mit Medikamenten.
- (2) Die Vertragspartner entwickeln gemeinsam, unter Beachtung der medizinischen Inhalte gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL, eine Versorgungskonzeption, die für die teilnehmenden Ärzte bindend ist. Bei Nichtbeachten entscheiden die Vertragspartner nach Anhörung des Arztes gemeinsam über geeignete Maßnahmen unter Berücksichtigung von § 12 dieses Vertrages.
- (3) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, ihre Patienten auf wirtschaftliche Versorgungsmöglichkeiten sowie auf die nach der gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe bei KHK hinzuweisen und dabei eng mit der KV Nordrhein und den Krankenkassen zusammenzuarbeiten.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Im Rahmen dieses strukturierten Behandlungsprogramms greifen wirksame Maßnahmen, wenn die mit der Durchführung beauftragten Ärzte gegen die festgelegten Anforderungen und Pflichten aus diesem Vertrag verstoßen.
- (2) Verstößt der Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen,

- schriftliche Aufforderung durch die KV Nordrhein, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten (z. B. bei nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 - auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner, Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung durch die KV Nordrhein. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte),
 - hält der Arzt die vertraglichen Verpflichtungen weiterhin nicht ein, kann er von der Teilnahme durch außerordentliche Kündigung ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheidet die KV Nordrhein im Einvernehmen mit den beteiligten Krankenkassen (z. B. bei Nichteinhaltung der medizinischen Inhalte, bei fehlendem Nachweis der notwendigen Fortbildungsmaßnahmen).
- (3) Disziplinarrechtliche Maßnahmen sowie Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 13

Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der beteiligten Krankenkassen 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:
1. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Arzt entsprechend Anlage 5 Nummern 1.2 der DMP-A-RL,
 2. die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der TE/EWE und
 3. die schriftliche Information des Versicherten über
 - die Programminhalte,
 - die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des DMP verarbeitet und genutzt werden können und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c RSAV die Daten

zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,

- die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
- die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
- die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
- seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.

- (2) Die Teilnahme schränkt nicht die Regelungen der freien Arztwahl (§ 76 SGB V) ein.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Angesichts dieser Möglichkeit, an mehreren DMP teilnehmen zu können, werden die Vertragspartner darauf hinwirken, die hausärztliche Betreuung bei einem koordinierenden Arzt zusammenzuführen.
- (4) Die gleichzeitige Teilnahme des Versicherten 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 Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.

§ 14

Information und Einschreibung

- (1) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Ärzte ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise, insbesondere durch die *Anlage 5* des Vertrages, umfassend über das Behandlungsprogramm informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt der Informationen auf der TE/EWE.
- (2) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 informiert entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL seine nach § 13 Abs. 1 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der TE/EWE gemäß § 15 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der TE/EWE gemäß § 15 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL,

2. auf der TE/EWE die Bestätigung des koordinierenden Arztes, dass für den vorgenannten Versicherten die Diagnose gesichert und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass sein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und durch die intensivierete Betreuung eine Verbesserung der Lebensqualität und Lebenserwartung möglich ist.
- (4) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 an die Datenstelle entsprechend § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.
- (5) Der Versicherte kann auch bei seiner Krankenkasse die Teilnahme am DMP erklären. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der TE/EWE von der Krankenkasse an seinen behandelnden koordinierenden Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 3 erstellt und übermittelt werden.
- (6) Wenn der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 vorliegen, bestätigt sie dem Versicherten und dem koordinierenden Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Wenn der Versicherte an mehreren Erkrankungen leidet, die in der DMP-A-RL genannt werden, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollten sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherstellen zu können. Die koordinierenden Ärzte und die Krankenkassen wirken darauf hin. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Arztes.
- (8) Wechselt ein am DMP teilnehmender Versicherter die Krankenkasse und möchte weiterhin am Programm teilnehmen, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 15

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 auf der TE/EWE nach *Anlage 5* zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit

und willigt damit in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein.

§ 16

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6, mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen oder seine TE/EWE gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten endet mit dem Tag
 - a) der Aufhebung bzw. des Wegfalls der Zulassung des DMP nach § 137g Abs. 3 SGB V,
 - b) des Zugangs des Widerrufs der TE/EWE durch den Versicherten bei seiner Krankenkasse,
 - c) des Zugangs der Kündigung des Versicherten bei seiner Krankenkasse oder einem späteren Zeitpunkt, den der Versicherte in seiner Kündigung festlegt,
 - d) des Kassenwechsels.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm endet weiterhin mit dem Tag der letzten Dokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL, wenn die Krankenkasse die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV beendet.
- (5) Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.

§ 17

Wechsel des koordinierenden Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen koordinierenden Arzt zu wechseln. Der neu gewählte koordinierende Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese an die Datenstelle gemäß § 21. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

Der bisherige koordinierende Arzt übermittelt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 18

Teilnehmerverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Nordrhein (bei Bedarf) eine Liste für die gemäß § 14 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken. Nähere Details zu Art, Umfang und Verwendungszweck werden in einer separaten Vereinbarung von den Vertragspartnern geregelt.

Abschnitt VI SCHULUNGEN

§ 19

Schulungen für Ärzte und sonstige Leistungserbringer

- (1) Die Vertragspartner informieren die teilnahmeberechtigten Leistungserbringer über Ziele und Inhalte des DMP. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte erhalten entsprechendes Informationsmaterial und bestätigen den Erhalt auf ihrer Teilnahmeerklärung gemäß § 5.
- (2) Schulungen der teilnahmeberechtigten Ärzte nach §§ 3 und 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Anlage 5 Nummer 3 der DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung (z. B. Qualitätszirkel) teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (3) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL, einbezogen werden.
- (4) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Ärzte vermittelt werden und die für die Durchführung von DMP in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 20

Schulungen für Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.

- (2) Jeder teilnehmende Versicherte hat grundsätzlich Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (siehe Anlage 8). Der koordinierende Arzt prüft unter der Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen, ob der Patient von der Schulung profitieren kann. Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere auch bei der Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen.
- (3) Zur Schulung berechtigt sind Ärzte, die entsprechend der *Anlage 8* hierzu befähigt sind und eine Genehmigung zur Schulung von der KV Nordrhein erhalten haben. In die Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Inhalte der DMP-A-RL, insbesondere die evidenzbasierte Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in der Anlage 8 genannten Schulungsprogramme genutzt.

Abschnitt VII

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

§ 21

Datenstelle

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 29 beauftragen eine Datenstelle mit den in den nachfolgenden Absätzen genannten Aufgaben.
- (2) Zur Erfüllung der in Abs. 6 genannten Aufgaben genehmigt der koordinierende Arzt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung den für ihn – in Vertretung/ohne Vollmacht – zwischen den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der Datenstelle nach Abs. 1 geschlossenen Vertrag und beauftragt die Datenstelle mit diesen Aufgaben.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Annahme/Erfassung der Dokumentationsdaten,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten,

- Weiterleitung der Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und die KV Nordrhein.
- (4) Die beteiligten Krankenkassen beauftragen die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Entgegennahme und Weiterleitung der TE/EWE der Versicherten unmittelbar an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme und Erfassung der Dokumentationsdaten,
 - Überprüfung der Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten (Erst- und Folgedokumentation) unmittelbar an die DMP-Datenzentren der jeweiligen Krankenkasse.

Das Nähere zu den Abs. 2 bis 4 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen nach Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X, die Bestandteile dieses Vertrages sind.

- (5) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 3 (*Anlage 4a*) beinhaltet dessen Genehmigung des Auftrages an die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
- Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationsdaten auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten an die Arbeitsgemeinschaft und
 - Weiterleitung dieser Daten an die jeweilige Krankenkasse.
- (6) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner dem koordinierenden Arzt gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

§ 22

Erst- und Folgedokumentation

Die Dokumentationsdaten umfassen nur die in Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für

- die Behandlung,
- die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung,
- die Überprüfung der Einschreibung,
- die Schulung der Versicherten und Ärzte und
- die Evaluation unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelung des § 6 der DMP-A-RL genutzt.

Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.

§ 23

Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich der nach § 3 teilnehmende koordinierende Arzt, die vollständige Erst- und Folgedokumentation am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und binnen 10 Tagen nach Erstellung auf elektronischem Weg an die Datenstelle weiterzuleiten. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die TE/EWE des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose – von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben – zusammen mit der Erstdokumentation binnen 10 Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Der koordinierende Arzt nach § 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (2) Der teilnehmende Arzt kann versicherten- und arztbezogene Daten entsprechend der DMP-A-RL nur an die beauftragte Datenstelle auf elektronischem Wege übermitteln, wenn er gegenüber der KV Nordrhein nachweist, dass die eingesetzte Software zur Erfassung und Plausibilisierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifiziert ist.
- (3) Im Rahmen seiner Dokumentationspflicht hat der koordinierende Arzt bei elektronischer Übermittlung der versicherten- und arztbezogenen Daten eine Sicherungskopie zu erstellen und aufzubewahren.
- (4) Der koordinierende Arzt sendet mindestens alle 10 Tage Datensätze an die Datenstelle. Die Datensätze sind vor dem Versand zu verschlüsseln und werden auf elektronischem Weg bei der Datenstelle eingereicht. Die Datensätze können per Datenträger (ausgenommen Diskette), Datenfernübertragung oder per Email bei der Datenstelle eingereicht werden. Beschädigte Datenträger und unvollständige Dateien können nicht verarbeitet werden. Die Datenstelle fordert in diesem Fall den Arzt zur Neulieferung der entsprechenden Daten auf.
- (5) Die Versicherten willigen durch ihre einmalige Unterschrift auf der TE/EWE in die regelmäßige Datenübermittlung ein. Sie werden schriftlich über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Sie erhalten jeweils einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 24
Datenzugang / Berechtigung
in der Datenstelle

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

§ 25
Datenaufbewahrung und -löschung

Die im Rahmen des Programms im Auftrag des koordinierenden Arztes übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkasse, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert.

Es gelten für die Datenstelle die Aufbewahrungsfristen gem. § 5 Abs.2b DMP-A RL.

Die Daten werden nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht.

Abschnitt VIII

Datenfluss an die Krankenkassen, die KV Nordrhein und die Gemeinsame Einrichtung

§ 26
Datenfluss

- (1) Die Datenstelle übermittelt bei der Einschreibung die TE/EWE des Versicherten sowie die Dokumentationsdaten der Erst- und im weiteren Verlauf der DMP-Teilnahme der Folgedokumentationen unmittelbar an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt bei der Erst- und Folgedokumentation die Dokumentationsdaten mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung und ebenso an die KV Nordrhein.

§ 27

Datenzugang / Berechtigung

für Gemeinsame Einrichtung, KV Nordrhein und jeweilige Datenzentren

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, die KV Nordrhein und an die jeweiligen Datenzentren der beteiligten Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen werden beachtet.

§ 28

Datenaufbewahrung

Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KV Nordrhein und der Gemeinsame Einrichtung archiviert. Für die KV-Nordrhein gelten die gesetzlichen, insbesondere die berufsrechtlichen Bestimmungen, im Übrigen gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gem. § 5 Abs. 2a der DMP-A-RL.

Abschnitt IX

Arbeitsgemeinschaft und Gemeinsame Einrichtung

§ 29

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Nordrheinischen Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme GbR nach § 219 SGB V um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 30

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1c RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Nordrhein und die von Mitgliedern der

Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß *Anlage 6* weiterzuleiten.

- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 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

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft nach § 29 haben die Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR im Sinne des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben gegründet. Die Vertragspartner erweitern die bestehenden Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung um die Aufgaben aus diesem Vertrag. Das Nähere wird in einem Beschluss der Gesellschafterversammlung geregelt.

§ 32

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten, die ärztliche Qualitätssicherung gemäß *Anlage 6* durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
- die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlagen 2 und 6 der DMP-A-RL,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten,
 - die Erstellung der Feedbackberichte anhand der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlagen 2 und 6 der DMP-A-RL,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 S. 1 SGB V i. V. m § 6 DMP-A-RL,
 - die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung im Zusammenhang mit den in Abs.1

genannten Aufgaben. Die Gemeinsame Einrichtung darf die Daten solange nach § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1c RSAV aufbewahren, wie sie für den Verwendungszweck gemäß §137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V erforderlich sind. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung 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 S. 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie von der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Abschnitt XI

Vergütung und Abrechnung

§ 34

Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung und Vergütung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages werden in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

Abschnitt XII

Sonstige Bestimmungen

§ 35

Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz

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

§ 36

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

Die KV Nordrhein liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V, unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesschiedsamtes vom 28.02.2003, quartalsbezogen, spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Ärzte, die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen. Die Datenübermittlung erfolgt analog den Regelungen des zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2021 in Kraft und löst den ab 01.04.2018 gültigen Vertrag ab.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der DMP-A-RL oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.

- (3) Bei erneuter Zulassung und Fortsetzung des Programms gelten die im Zusammenhang mit der ersten Einschreibung abgegebenen Erklärungen der Ärzte und Versicherten weiter. Eine erneute Einschreibung der Ärzte und Versicherten ist nicht notwendig.
- (4) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (5) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP oder bei Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung des Programms durch das BAS, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Im Fall der Kündigung aus den in Satz 1 genannten Gründen verständigen sich die betroffenen Vertragspartner über eine Überführung dieses DMP in eine andere Vertragsform.
- (6) Die Regelungen dieses Vertrages zum Datenfluss (Abschnitte VII bis IX) im Rahmen des DMP zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von Versicherten mit KHK sind Bestandteil des zwischen den jeweiligen Vertragspartnern vereinbarten Gesamtvertrages.

§ 38

Schriftform

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

§ 39

Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Unterschriftenblatt zum Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung von KHK-Patienten ab 01.04.2021

Düsseldorf, Essen, Bochum, Kassel, Dresden, den 22.03.2021

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Dr. med. Carsten König M. san
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

**AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse**

BKK-Landesverband NORDWEST

Matthias Mohrmann
Mitglied des Vorstandes

IKK classic

SVLFG

Andreas Woggon
Leiter Landesvertragspolitik Nord-West

KNAPPSCHAFT

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dirk Ruiss
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Nordrhein-Westfalen

**Anlage 1 –
Strukturqualität koordinierender Arzt nach § 3
(1. Versorgungsebene)
- Hausarzt im Rahmen von § 73 SGB V –**

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor nach § 3 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die – persönlich oder durch angestellte Ärzte - gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient einen qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder eine qualifizierte Einrichtung, der/die für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen ist, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination - persönlich oder durch angestellte Ärzte - im DMP wählen, sofern diese/r an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der koordinierende Arzt muss nachfolgende Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten. Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzung	Merkmale
Fachliche Voraussetzungen, ggf. auch zu angestellten Ärzten nachzuweisen	<p>Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, hausärztlich tätiger Internist</p> <ul style="list-style-type: none"> – Information durch Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards – Durchführung eines Belastungs-EKGs nach den Leitlinien zur Ergometrie¹ – regelmäßige KHK-spezifische zertifizierte Fortbildung oder Teilnahme an einem KHK-spezifischen Qualitätszirkel, mindestens einmal jährliche Teilnahme.

¹ Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie in der Fassung aus dem Jahr 2000

Apparative Voraussetzungen	Mindest-Anforderungen der erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren in der Arztpraxis: <ul style="list-style-type: none"> - EKG - Belastungs-EKG - 24-Stunden Blutdruckmessgerät - Qualitätskontrollierte Methode zur Blutzucker- und HbA1c-Messung und der Fettstoffwechselwerte
Teilnahme an Arztinformationsveranstaltung oder Information durch die Arzt-Informationsmedien	Einmalig, zu Beginn der Teilnahme

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen oder Anlässen eine Überweisung oder Weiterleitung zur Mitbehandlung und zur erweiterten Diagnostik und Risikostratifizierung von Patienten mit chronischer KHK zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung beziehungsweise zum Psychotherapeuten erfolgen soll:

- erneute oder zunehmende Angina pectoris-Beschwerden,
- neu aufgetretene oder zunehmende Herzinsuffizienz,
- neu aufgetretene oder symptomatische Herzrhythmusstörungen,
- unzureichendes Ansprechen auf die Therapie,
- Patienten mit Komorbiditäten (zum Beispiel Niereninsuffizienz, Depression),
- Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten mit zusätzlichen kardiologischen Erkrankungen (zum Beispiel Klappenvitien),
- Klärung der Indikation einer invasiven Diagnostik und Therapie oder
- Durchführung der invasiven Diagnostik und Therapie.

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

Indikationen zur stationären Behandlung von Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

- Verdacht auf akutes Koronarsyndrom oder
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Der Arzt soll mit dem Patienten prüfen, ob eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme angezeigt ist.

Die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation ist, soweit kein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere zu erwägen:

- bei limitierender Symptomatik (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände) trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil,
- bei ausgeprägter psychosozialer Problematik,
- bei drohender Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- bei drohender Pflegebedürftigkeit.

Sofern nach akutem Koronarsyndrom (oder nach koronarer Bypass-Operation) keine Anschlussrehabilitation stattgefunden hat, soll eine Rehabilitation empfohlen werden.

Nach elektiver PCI kann in ausgewählten Fällen insbesondere bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil und besonderen psychosozialen Risikofaktoren eine Rehabilitation empfohlen werden.

Anlage 2 – Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor nach § 4 (2. Versorgungsebene)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung der zweiten Versorgungsstufe nach § 4 dieser Vereinbarung sind Ärzte, die nachfolgende Strukturvoraussetzungen - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Voraussetzungen	Merkmale
<p>Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierter Schwerpunktpraxen / qualifizierter Einrichtungen für konventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt Kardiologie als Teilnehmer an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V – Information durch das Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme – Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region – Zusammenarbeit mit einer auf Koronarangiographie und interventionelle Therapie spezialisierten Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung – Zusammenarbeit mit einer qualifizierten Einrichtung /Schwerpunktpraxis für Nuklearmedizin – Zusammenarbeit / Kenntnisse über Koronarsportgruppen in der Region – mindestens einmal jährlich Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr <p><i>und / oder</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Teilnahme an einem KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.¹</p>

¹ Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie aus dem Jahr 2000

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
<p>Apparative Voraussetzungen spezialisierter Schwerpunktpraxen / qualifizierter Einrichtungen für konventioneller Kardiologie</p>	<p>Mindestanforderungen der diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Rahmen des Fachgebietes in der Arztpraxis / qualifizierten Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - farbkodierte Dopplerechokardiographie, Stress-echokardiographie^{2,3} - EKG, Belastungs-EKG⁴, Langzeit-EKG - 24 Stunden-Blutdruckmessgerät - Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und / oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung) - Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KV Nordrhein - Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein
<p>2a. Fachliche und organisatorische Voraussetzungen spezialisierter Schwerpunktpraxen / qualifizierter Einrichtungen für Kardiologie und interventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie - Information durch Informationsmaterial zu Beginn der Teilnahme - Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten in der Region - Fachliche und organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V - Beachtung der Indikationen zur Durchführung einer Koronarangiographie / interventionellen Therapie gemäß evidenzbasierter Leitlinien (Anlage 5 Nummern 1.5.5.1 und 1.5.5.2 der DMP-A-RL) - Zusammenarbeit mit einem am DMP teilnehmenden Zentrum für Herzchirurgie - Zusammenarbeit mit einer Schwerpunktpraxis / qualifizierten Einrichtung für Nuklearmedizin

² Es gelten die Voraussetzungen der Qualitätsleitlinien in der Echokardiographie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie.

³ Die Stressechokardiographie kann auch als Auftragsleistung erbracht werden.

⁴ Es gelten die Voraussetzungen der Leitlinien zur Ergometrie von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie

Leistungserbringer der zweiten Versorgungsstufe	Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> – Zusammenarbeit mit Koronarsportgruppen der Region – mindestens einmal jährliche Teilnahme an KHK-spezifischer zertifizierter Fortbildung. Mindestdauer der Fortbildungen 4 Stunden im Jahr <i>und / oder</i> – Teilnahme an einem KHK-spezifischen strukturierten Qualitätszirkel mit Haus- und Fachärzten der Region. Mindestdauer der Teilnahme 8 Stunden im Jahr <p>Es gelten die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zur Ergometrie.</p>
<p>Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/ qualifizierten Einrichtung Kardiologie und interventionelle Kardiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Apparative Voraussetzungen spezialisierte Schwerpunktpraxis/qualifizierte Einrichtung konventionelle Kardiologie – Organisatorische Voraussetzungen gemäß den Vereinbarungen zur invasiven Kardiologie § 135 Abs. 2 SGB V. – Möglichkeit zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers* und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators (ggf. per Auftragsleistung) - Sofern die Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers in Eigenleistung erbracht wird, sind zusätzlich erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> - Nachweis* der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Herzschrittmacherkontrolle (EBM-Nr. 13552) gegenüber der KVNo - Abrechnungserlaubnis der KV Nordrhein

* gemäß „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Rhythmusimplantat-Kontrolle (Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle

Der qualifizierte Facharzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Einweisung in ein Krankenhaus erfolgen soll:

Indikationen zur stationären Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischer KHK in einer qualifizierten stationären Einrichtung sind insbesondere:

- Verdacht auf akutes Koronarsyndrom oder
- Verdacht auf lebensbedrohliche Dekompensation von Folge- und Begleiterkrankungen (zum Beispiel Hypertonie, Herzinsuffizienz, Rhythmusstörungen, Diabetes mellitus).

Darüber hinaus ist im Einzelfall eine Einweisung zur stationären Behandlung zu erwägen bei Patientinnen und Patienten, bei denen eine invasive Diagnostik und Therapie indiziert ist.

Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

Die Veranlassung einer medizinischen Rehabilitation (im Sinne von Nummer 1.6) ist, soweit kein akutmedizinischer Handlungsbedarf besteht, insbesondere zu erwägen:

- bei limitierender Symptomatik (wesentliche Einschränkung der Lebensqualität unter Berücksichtigung der individuellen Lebensumstände) trotz konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei ausgeprägtem und unzureichend eingestelltem Risikoprofil,
- bei ausgeprägter psychosozialer Problematik,
- bei drohender Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit,
- bei drohender Pflegebedürftigkeit.

Sofern nach akutem Koronarsyndrom (oder nach koronarer Bypass-Operation) keine Anschlussrehabilitation stattgefunden hat, soll eine Rehabilitation empfohlen werden.

Nach elektiver PCI kann in ausgewählten Fällen insbesondere bei ausgeprägtem kardiovaskulärem Risikoprofil und besonderen psychosozialen Risikofaktoren eine Rehabilitation empfohlen werden.

Anlage 3 – Strukturqualität für weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137-f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Weitere Leistungserbringer (Auftragsleistung)

Ärzte, zu denen bei entsprechender Indikation mit Auftragsleistung zu überweisen ist, sind Ärzte, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - die im Folgenden aufgeführten Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Die apparativen Voraussetzungen müssen in jeder für DMP gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein, wenn der vorgenannte Leistungserbringer am Programm teilnimmt.

Weitere Leistungserbringer	Voraussetzungen
nuklearmedizinische Diagnostik	Facharzt für Nuklearmedizin
weiterführende diabetologische Diagnostik und Therapie	<ul style="list-style-type: none"> – Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin – Anerkennung als Diabetologe DDG oder vergleichbare Qualifikation /Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie – diabetologisch qualifiziertes Praxispersonal: Diabetesberater/in DDG oder Diabetesassistent/in DDG und Arzthelferinnen, die einen Fortbildungskurs des ZI für Diabetes mellitus (mit und ohne Insulin) absolviert haben – apparative und räumliche Ausstattung für die qualifizierte diabetologische Diagnostik und Therapie, insbesondere für die Blutdruckmessung nach nationalen und internationalen Qualitätsstandards, eine qualitätskontrollierte Methode zur Blutzuckermessung und die Basisdiagnostik der Polyneuropathie <p>Regelmäßige Betreuung einer ausreichenden Anzahl von Diabetespatienten</p>
<i>Psychodiagnostisch, Psychotherapeutisch, psychosomatische oder psychosoziale Behandlung</i>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse ¹

¹ Die psychotherapeutische Behandlung kann auch von Fachärzten der 1. Versorgungsstufe erbracht werden, wenn die entsprechende Qualifikation vorliegt.

Anlage 4a – Teilnahmeerklärung Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung des Arztes zu dem Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle.....

.....

.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....

.....

.....

.....

Teilnahmeerklärung zum Programm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Disease-Management-Programms Koronare Herzkrankheit (KHK) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden. Die Arzt-Informationsmedien habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Leistungserbringern, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DSGVO und besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe und

- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten TE/EWE die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenverarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Ärzte) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Strafrecht,
 - Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit und
 - Weitergabe von Patientendaten an Dritte
 erfüllen,
- gegenüber der KV Nordrhein mit der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Ärzte) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KV Nordrhein in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und meiner Anschrift im „Ärzteverzeichnis“,
- der Weitergabe des Ärzteverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bzw. die Landesprüfdienste, die KGNW und an die teilnehmenden Versicherten,
- der Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Die in der Anlage 4b (Ergänzungserklärung Ärzte) genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im „Ärzteverzeichnis“,
- die Weitergabe des „Ärzteverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Krankenkassen, das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) und an die teilnehmenden Versicherten,
- die Verwendung der Dokumentation für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit endet.

3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Ich erkläre meine Teilnahme an am Vertrag zur Umsetzung des Disease-Management-Programms **Koronare Herzkrankheit (KHK)**

persönlich

durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Ärzte")

persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe "Ergänzungserklärung Ärzte")

Ich möchte als **koordinierender Arzt der 1. Versorgungsebene gemäß § 3 und Anlage 1 des Vertrages** teilnehmen;

Fachliche Voraussetzungen:

Hausarzt gemäß §73 SGB V

(in Ausnahmefällen) Facharzt der 2. Versorgungsebene gemäß § 4 und Anlage 2

Ich möchte an der **qualifizierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 4 und Anlage 2** teilnehmen (2. Versorgungsebene);

nicht invasiv tätig

invasiv tätig

nicht-invasiv und invasiv

Ich möchte Patientenschulungen gemäß Anlage 11 durchführen, die Fortbildungszertifikate für mich und mein Personal lege ich bei.

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

a)[BSNR]

b)[BSNR]

c)[BSNR]

d)[BSNR]

Deshalb verpflichte ich mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere der Dokumentation gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Das auf der Seite der KV Nordrhein zum jeweiligen DMP unter www.kvno.de > Praxis > Qualität & Fortbildung > DMP eingestellte Praxismanual habe ich zur Kenntnis genommen.

Datenstellenbeauftragung

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der Datenstelle nach § 21 des DMP-Vertrages, der Arbeitsgemeinschaft und den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag.

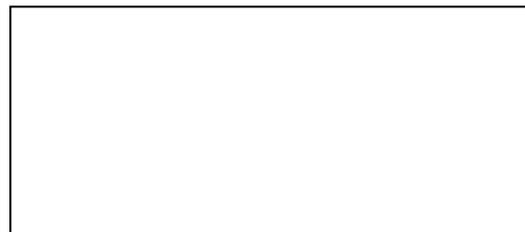
Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des DMP erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen und ggf. noch notwendige Datenangaben bei mir nachzufordern, sowie
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die entsprechenden Stellen i.S.d. § 25 Absatz 2 RSAV weiterzuleiten.

Ich habe mich über den genauen Vertragsinhalt informiert.

Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die Arbeitsgemeinschaft, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Ort, Datum



Unterschrift und Vertragsarztstempel

Anlage 4b - Ergänzungserklärung Ärzte

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Teilnahmeerklärung des zugelassenen Arztes zum strukturierten Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit (KHK)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle

.....
.....

Name, Vorname des Arztes

LANR

Anschrift der Praxis

.....
.....

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellter Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|---|------------------------------------|-------------------|
| 1. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 2. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |
| 3. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR | <input type="checkbox"/>
als koord. Arzt | <input type="checkbox"/>
als FA |
ab Datum |

Nachfolgend genannter in meiner Praxis/Einrichtung angestellter Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden:

- | | | | | | | |
|----|-------------------------------|---------------|---------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| 1. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR |
als koord. Arzt |
als FA |
ab Datum |
| 2. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR |
als koord. Arzt |
als FA |
ab Datum |
| 3. |
Name, Vorname, Titel |
LANR |
BSNR |
als koord. Arzt |
als FA |
ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Erklärung des angestellten Arztes

Hiermit bestätige ich, dass mich der oben genannte Vertragsarzt über die Ziele und Inhalte des DMP für Versicherte mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) sowie über die Verpflichtungen, die mit der Leistungserbringung im Rahmen dieser Programme einhergehen, informiert hat.

Ort, Datum

Unterschrift des angestellten Arztes

Anlage 5

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Formular in der jeweils gültigen Fassung

indikationsübergreifende TE/EWE Datenschutzinformation
Patienteninformation

Die Vertragspartner verständigen sich darüber, dass die Abstimmung über den Einsatz aktualisierter Formularversionen im Schriftwechsel und Seitenaustausch erfolgt und die Formulare mit den abgestimmten Versionen der Bundesebene übereinstimmen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für die Datenstelle

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



Exemplar für den Arzt

070EH

Krankenhaus-IK

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der oben genannten Diagnose(n) teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift

Stempel Ärztin/Arzt

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Erklärung

zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für



070EH

- | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 | <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Brustkrebs | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis |
| <u>oder</u> | <u>oder</u> | <u>oder</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Rücken-schmerz | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

1. Teilnahmeerklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich die angegebene Ärztin/den angegebenen Arzt als koordinierende Ärztin/koordinierenden Arzt wähle.

Ich wurde ausführlich und umfassend über die Inhalte der DMP und die Teilnahmebedingungen informiert. Ich habe die ausführlichen schriftlichen Materialien zur Versicherteninformation (Patienteninformation) erhalten und kenne sie.

Mir ist bekannt, dass ich freiwillig am Programm teilnehme und dass für die Teilnahme auch die nachfolgende Einwilligung erforderlich ist. Ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen. Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am Programm bei meiner Krankenkasse kündigen. Bei Nichtteilnahme oder Kündigung werde ich genauso gut betreut wie bisher. Mir ist auch bekannt, wann und wie meine Teilnahme an dem Programm (z. B. durch meine fehlende Mitwirkung) beendet werden kann. Ich weiß, dass ich von meiner Krankenkasse eine Übersicht der am Programm teilnehmenden Leistungserbringer erhalten kann.

2. Einwilligungserklärung:

Ich willige in die Verarbeitung meiner im Programm erhobenen medizinischen und persönlichen Daten, die in der Datenschutzhinweise aufgeführt sind, durch meine oben genannte Krankenkasse zum Zweck der Betreuung im Rahmen der DMP freiwillig ein.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und aus dem Programm austreten kann. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt. Die erhobenen und gespeicherten Daten werden bei meinem Ausscheiden aus dem Programm gemäß der dann gültigen Rechtsvorschriften gelöscht.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den Ausführungen an einem Programm entsprechend der **oben genannten Diagnose(n)** teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ (Fassung vom 25.05.2018) erhalten und zur Kenntnis genommen und weiß, dass ich detaillierte Informationen zeitnah mit meinen Einschreibungsunterlagen durch meine Krankenkasse bekomme. **Ich bin mit der darin beschriebenen Verarbeitung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme am Programm einverstanden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

Bitte das heutige Datum eintragen.

Unterschrift der Versicherten/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters zu 1. und 2.

– von der behandelnden Ärztin/vom behandelnden Arzt oder Krankenhausärztin/Krankenhausarzt auszufüllen –

Ich bestätige, dass für die vorgenannte Versicherte/den vorgenannten Versicherten die oben genannte(n) Diagnose(n) entsprechend den rechtlichen Anforderungen gesichert ist/sind und die indikationspezifischen Einschreibekriterien überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass meine Patientin/mein Patient grundsätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an Schulungen bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Bitte das heutige Datum eintragen.

_____ Unterschrift	_____ Stempel Ärztin/Arzt
-----------------------	------------------------------

Eine Information zum Datenschutz

1 Was ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm der Krankenkasse?

Strukturierte Behandlungsprogramme richten sich an Personen, die eine oder mehrere bestimmte chronische Krankheiten haben. Mit diesen Behandlungsprogrammen will Ihre Krankenkasse gewährleisten, dass Sie jederzeit gut betreut werden.

Ihre Krankenkasse bietet Ihnen eine Teilnahme an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen an. Damit möchte sie Ihnen helfen, besser mit Ihren krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Näheres zu diesen Programmen entnehmen Sie bitte der beiliegenden „Information für Patientinnen und Patienten“.

Ihre Teilnahme an einem oder mehreren Programmen ist **freiwillig** und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie ist jedoch nur möglich, wenn Sie in den nachfolgend beschriebenen Ablauf einwilligen.

2 Welche Daten werden erhoben?

Bei der Erstellung der Dokumentation im Rahmen des DMP durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt erfasst dieser unterschiedliche medizinische und persönliche Daten. Sie erhalten von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt einen Ausdruck dieser Dokumentation und können somit nachvollziehen, welche Ihrer Daten an die im Weiteren beschriebenen Stellen übermittelt werden.

Folgende Daten werden regelmäßig erhoben und weitergeleitet:

- Administrative Daten (z. B. Ihr Name, Geburtsdatum, der Name Ihrer Krankenkasse und der Ärztin/des Arztes)
- Angaben, aufgrund welcher Erkrankung Sie eingeschrieben werden
- Anamnese- und Befunddaten (z. B. Körpergröße, Blutdruck, Begleiterkrankungen)
- Daten zur Behandlungsplanung (z. B. Behandlungsziele, von Ihnen gewünschte Informationen zur Raucherentwöhnung oder Ernährungsberatung, Angaben zu erfolgten Überweisungen oder Einweisungen in ein Krankenhaus)
- Angaben zu relevanten Ereignissen, die seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind (z. B. Krankenhausaufenthalte oder Neuerkrankungen)
- Angaben zu Medikamenten, die Sie einnehmen
- ggf. Angaben zu Schulungen, die Sie im Rahmen des DMP absolvieren können.

3 Welchen Weg nehmen Ihre Daten?

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung stimmen Sie zu, dass Ihre Behandlungsdaten (Dokumentationsdaten) entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von Ihrer koordinierenden Ärztin/Ihrem koordinierenden Arzt erhoben und an eine beauftragte Datenstelle bzw. direkt an Ihre Krankenkasse weitergeleitet werden.

Die Datenstelle ist für die weitere Bearbeitung der Daten zuständig und wird dazu von Ihrer Krankenkasse und einer sogenannten Arbeitsgemeinschaft beauftragt, in der neben den beteiligten Krankenkassen auch die ärztlichen Teilnehmer vertreten sind. Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft leitet die Datenstelle die Dokumentationsdaten an Ihre Krankenkasse und nur pseudonymisiert an eine Gemeinsame Einrichtung zur Qualitätssicherung und die Kassenärztliche Vereinigung weiter. Zur Frage, was dort mit Ihren Daten geschieht, erhalten Sie im Folgenden genauere Informationen.

Alternativ dazu besteht die Möglichkeit, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung wahrnimmt. Für diesen Fall entfällt die Notwendigkeit der Errichtung der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung und damit der Weiterleitung der Daten an diese. Das kann auch beinhalten, dass Ihre Krankenkasse die Aufgaben der Datenstelle in eigener Verantwortung wahrnimmt.

Der dargestellte Ablauf der Programme und die nachfolgend beschriebenen Aufgaben der Beteiligten sind gesetzlich vorgeschrieben. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Sicherheitsvorschriften beachtet. Die Verarbeitung Ihrer im Programm erhobenen Daten erfolgt unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Dadurch ist der Schutz Ihrer Daten immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für das Programm ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter Zugang zu den Daten. Des Weiteren werden Ihre Daten entsprechend den gültigen Rechtsvorschriften aufbewahrt.

3.1 Was geschieht bei der Ärztin/dem Arzt mit den Daten?

Ihre Ärztin/Ihr Arzt benötigt diese Daten für Ihre Behandlung und das Gespräch mit Ihnen. Ihre Ärztin/Ihr Arzt leitet die das Programm betreffenden Daten in standardisierter Form an die Krankenkasse oder die Datenstelle weiter. Dazu benötigt Ihre Ärztin/Ihr Arzt im Rahmen der Einschreibung Ihre einmalige schriftliche Einwilligung auf der beigefügten Teilnahme- und Einwilligungserklärung.

3.2 Was geschieht bei Ihrer Krankenkasse mit den Daten?

Die Krankenkasse führt die von Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt gelieferten Daten mit weiteren Leistungsdaten (z. B. Krankenhausdaten) zusammen und nutzt sie für Ihre individuelle Beratung. Sie erhalten z. B. gezielte Informationsmaterialien oder – wenn Sie es wünschen – auch ein persönliches Gespräch mit Informationen zu Ihrer Erkrankung. Die Krankenkasse kann zu ihrer Unterstützung auch einen Dienstleister (sog. „Dritte“) mit diesen Aufgaben betrauen.

Für den Fall, dass Sie an einem Programm außerhalb des Zuständigkeitsbereichs Ihrer Krankenkasse teilnehmen, werden Sie ggf. von der zuständigen Krankenkasse in dieser Region betreut. Ihre Daten werden von den dort ebenfalls vorgesehenen Stellen angenommen und verarbeitet.

3.3 Was geschieht bei der beauftragten Datenstelle mit den Daten?

Es ist möglich, dass die Krankenkassen und die ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Datenstelle mit der Annahme und Weiterleitung der Daten beauftragen. Dieser Vertrag mit der Datenstelle kann auch über eine Arbeitsgemeinschaft von Krankenkassen und ärztlichen Teilnehmern (z. B. Kassenärztliche Vereinigung) geschlossen werden. Wenn eine Datenstelle beauftragt worden ist, dann prüft diese unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend leitet die Datenstelle die Daten an die Krankenkasse und in pseudonymisierter Form an die Gemeinsame Einrichtung bzw. an die Kassenärztliche Vereinigung und an die mit der Evaluation

beauftragte Institution im gesetzlich vorgegebenen Umfang weiter. Dazu werden die von der Krankenkasse erfassten Informationen vor der Weiterleitung mit verschlüsselten Nummern versehen. Die Pseudonymisierung der Daten gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören.

3.4 Was geschieht bei der Gemeinsamen Einrichtung mit den Daten?

Die Gemeinsame Einrichtung kann von den Krankenkassen und einer Gemeinschaft der ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer (z. B. Kassenärztliche Vereinigung oder Hausärzteverband) zur Qualitätssicherung gegründet werden.

Für diese Qualitätssicherung erhält die Gemeinsame Einrichtung pseudonymisierte Daten. Die Daten aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und eingeschriebenen Versicherten werden hier unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen nach wissenschaftlichen Methoden ausgewertet. Im Rahmen dieser Auswertung wird unter anderem untersucht, ob das Behandlungsprogramm die Behandlung der teilnehmenden Versicherten nachweislich verbessert. Ihre Ärztin/Ihr Arzt erhält einen Bericht über die Ergebnisse dieser Auswertung.

3.5 Wissenschaftliche Auswertung der Daten (Evaluation)

Die im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme erfassten pseudonymisierten Informationen werden wissenschaftlich ausgewertet. Die Auswertung soll Aufschluss darüber geben, ob und wie das Programm von den beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten angenommen wird und ob es die Qualität der Behandlung verändert. Für diese Evaluation beauftragt Ihre Krankenkasse eine externe, unabhängige Institution. Zu diesem Zwecke übermitteln die Krankenkasse und von ihr beauftragte Dritte die pseudonymisierten Daten an diese Institution. Die Ergebnisse dieser Evaluation werden anschließend zum Beispiel in der Mitgliederzeitschrift Ihrer Krankenkasse oder im Internet veröffentlicht.

Strukturiertes Behandlungsprogramm

Eine Information für Patientinnen und Patienten

Bei Ihnen wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm – DMP) möchte Ihre Krankenkasse Ihnen helfen, gut mit Ihrer Krankheit und mit eventuellen krankheitsbedingten Problemen umzugehen und Ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Teilnahme an diesem Programm sichert Ihnen eine optimale Behandlung, spezielle Informationen sowie eine umfassende ärztliche Betreuung. Nutzen Sie dieses Angebot Ihrer Krankenkasse mit all seinen Vorteilen!

Was macht DMP zu einer besonderen Versorgungsform?

Chronische Erkrankungen stellen Sie und die an Ihrer Behandlung Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Diese umfassen insbesondere die

- Erhaltung oder Verbesserung Ihrer Lebensqualität,
- Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer Erkrankung,
- Vermeidung des Auftretens von Komplikationen,
- Vermeidung von Folge- und Begleiterkrankungen,
- Vermeidung von unerwünschten Nebenwirkungen der Therapie.

Dafür bietet Ihre Krankenkasse die besondere Versorgung durch ein strukturiertes Behandlungsprogramm an, über das wir Sie nachfolgend informieren möchten. Das Programm Ihrer Krankenkasse umfasst:

- **Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft,**
- **Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und**
- **aktive Mitwirkung durch Sie,**
- **Koordination Ihrer Behandlung,**
- **kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten,**
- **aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse.**

Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft

Das Wissen in der Medizin wächst täglich. Im Rahmen der Behandlungsprogramme sorgen alle Beteiligten dafür, dass Sie eine auf Ihre Situation abgestimmte Behandlung erhalten, die auf aktuellen gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Ärzte, Wissenschaftler und Krankenkassen haben die Grundlagen der Behandlungsprogramme im gesetzlichen Auftrag gemeinsam erarbeitet und überprüfen diese regelmäßig auf Aktualität. Damit unterliegen die Programme hohen Qualitätsanforderungen. Es werden nur solche medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen sowie Verfahren empfohlen, deren positiver Effekt und Sicherheit erwiesen sind. Diese sollen im Rahmen Ihrer Behandlung vorrangig zur Anwendung kommen. Die Anforderungen an die Behandlungsprogramme sind im Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) und insbesondere in der DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt.

Erhöhung Ihrer Selbstmanagementkompetenz und aktive Mitwirkung durch Sie

Ihre individuelle Betreuung bildet den Schwerpunkt dieser Behandlungsprogramme. Das Programm sieht vor, dass Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie über Nutzen und Risiken der jeweiligen Therapie aufklärt, damit Sie gemeinsam mit ihr oder ihm den weiteren Behandlungsverlauf und die Ziele der Behandlung festlegen können. Ihre betreuende Ärztin oder Ihr betreuender Arzt wird Sie intensiv beraten, ausführlich informieren und Ihnen gegebenenfalls qualifizierte Schulungen empfehlen. So lernen Sie Ihre Krankheit besser verstehen sowie Ihren Lebensalltag und Ihre Erkrankung besser aufeinander abzustimmen.

Ihr Arzt oder Ihre Ärztin wird Sie über den Umgang mit weiteren gesundheitsgefährdenden Einflüssen aufklären und mit Ihnen zusammen eine Handlungsstrategie zu deren Vermeidung abstimmen. Sie legen gemeinsam mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt Ihre individuellen Therapieziele fest und wirken aktiv an der Behandlung Ihrer Erkrankung mit.

Das Programm sieht insbesondere regelmäßige Wiedervorstellungstermine vor. Nehmen Sie diese wahr und tragen Sie damit aktiv dazu bei, dass Sie Ihre vereinbarten Behandlungsziele erreichen. Zur Unterstützung Ihrer Selbstmanagementkompetenz dient die regelmäßige Dokumentation.

Koordination Ihrer Behandlung

Die von Ihnen gewählte Ärztin oder der von Ihnen gewählte Arzt koordiniert die Programmdurchführung und berät und unterstützt Sie in allen Fragen. Voraussetzung für Ihre Teilnahme ist, dass diese Ärztin bzw. dieser Arzt selbst am Programm teilnimmt. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird mit Ihnen regelmäßige Untersuchungstermine vereinbaren, deren Inhalte und Abstände fest geregelt sind. Sie bzw. er überprüft auch anhand festgelegter Kriterien, ob und welche Spezialisten oder Einrichtungen, die ebenfalls am Pro-

gramm teilnehmen, hinzugezogen werden sollen und veranlasst eine erforderliche Mit- und Weiterbehandlung. Sie bzw. er übernimmt die nötige Abstimmung mit anderen Fachärztinnen oder Fachärzten und Therapeutinnen oder Therapeuten und sorgt dafür, dass diese reibungslos zu Ihrem Wohl zusammenarbeiten.

Kontinuierliche Dokumentation Ihrer Behandlungsdaten sichert die Qualität

Im Rahmen des Behandlungsprogramms erstellt Ihre koordinierende Ärztin bzw. Ihr koordinierender Arzt regelmäßig eine ausführliche Dokumentation mit Ihren persönlichen Behandlungsdaten. Die Dokumentation dient einerseits als Grundlage der Qualitätssicherung der Ärztinnen und Ärzte. Sie ermöglicht Ihrer Krankenkasse andererseits, Ihnen anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zu unterbreiten (siehe auch „Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse“). Darüber hinaus bildet die Dokumentation die Grundlage für die wissenschaftliche Auswertung für die Weiterentwicklung der Programme. Von jeder Dokumentation erhalten Sie einen Ausdruck, den Sie sowohl für Ihr Selbstmanagement als auch als ergänzende Information für Ihre mit- und weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzte nutzen können.

Eine ausführliche Information über die Weitergabe und den Schutz Ihrer Daten erhalten Sie zusammen mit der Teilnahmeerklärung (Information zum Datenschutz).

Aktive Begleitung durch Ihre Krankenkasse

Ihre Krankenkasse unterstützt Sie mit Informationen zum Programm. Dazu erhalten Sie von Ihrer Krankenkasse insbesondere zu Beginn der Teilnahme nochmals spezifische Informationen zu Ihrer Erkrankung. Im weiteren Verlauf Ihrer Teilnahme stellt Ihnen Ihre Krankenkasse anlassbezogen auf Ihre Behandlungssituation abgestimmte Informationen und Angebote zur Verfügung. Wenn Sie es wünschen, erklären Ihnen die Mitarbeiter Ihrer Krankenkasse dies auch gerne in einem persönlichen Gespräch. Darüber hinaus bietet Ihnen Ihre Krankenkasse spezielle Serviceangebote an. Auf Wunsch können Ihnen alle Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser in Ihrer Umgebung, die am Programm teilnehmen, genannt werden.

Sofern Sie an einem Programm außerhalb der Zuständigkeit Ihrer Krankenkasse teilnehmen wollen, z. B. wenn Ihr Wohnort oder die Praxis Ihrer Ärztin bzw. Ihres Arztes in einem anderen Bundesland liegt, erfolgt ggf. die Betreuung im Programm durch die beauftragte regionale Krankenkasse dieser Kassenart.

Was sind die Teilnahmevoraussetzungen für das Behandlungsprogramm?

- Sie sind bei einer Krankenkasse versichert, die dieses Programm anbietet,
- die Diagnose Ihrer Erkrankung ist eindeutig gesichert,
- Sie sind grundsätzlich bereit, aktiv am Programm mitzuwirken,
- Sie wählen eine koordinierende Ärztin oder einen koordinierenden Arzt, der am Programm teilnimmt und
- Sie erklären schriftlich Ihre Teilnahme am Programm und Einwilligung zur Datenverarbeitung.

Wenn Sie mehrere chronische Krankheiten haben, können Sie auch an mehreren Programmen gleichzeitig teilnehmen. Ausgenommen hiervon sind die gleichzeitige Teilnahme an den unterschiedlichen DMP für

- Koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz,
- Asthma bronchiale und COPD,
- Diabetes mellitus Typ 1 und Diabetes mellitus Typ 2.

Ihre Teilnahme am Behandlungsprogramm ist freiwillig und für Sie kostenfrei

Ihre aktive Mitwirkung ist von entscheidender Bedeutung für eine erfolgreiche Behandlung. Aus diesem Grund schreibt das Gesetz vor, dass Sie aus dem Programm ausscheiden müssen, wenn Sie beispielsweise innerhalb von zwölf Monaten zwei von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt empfohlene Schulungen ohne stichhaltige Begründung versäumt haben. Entsprechendes gilt auch, wenn zwei vereinbarte Dokumentationen hintereinander nicht fristgerecht bei der Krankenkasse eingegangen sind, weil beispielsweise die mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt vereinbarten Dokumentationstermine von Ihnen nicht rechtzeitig wahrgenommen wurden. Natürlich können Sie auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen Ihre Teilnahme am Programm beenden, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Wenn sich das Programm in seinen Inhalten wesentlich ändert, informiert Sie Ihre Krankenkasse umgehend.

Sofern Sie am DMP Brustkrebs teilnehmen, endet Ihre Teilnahme automatisch, wenn zehn Jahre nach der histologischen Sicherung des Brustkrebses keine Wiedererkrankung mehr aufgetreten ist. Beim Vorliegen von Fernmetastasen können Sie dauerhaft im Programm verbleiben.

Ihre Krankenkasse und Ihre koordinierende Ärztin oder Ihr koordinierender Arzt möchten Sie aktiv bei der Behandlung Ihrer Erkrankung unterstützen.

Anlage 6 Qualitätssicherung

V 6.1 – Stand 28.01-2021

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

QUALITÄTSSICHERUNG KORONARE HERZKRANKHEIT (KHK) Auf Grundlage der Datensätze nach Anlage 2 und Anlage 6 der DMP-A-RL

Teil 1

Bestandteil des arztbezogenen Feedbacks sowie der die Vertragsregion betreffenden gemeinsamen und kassenunabhängigen
Qualitätsberichterstattung

Teil 2

Bestandteil der durch die Krankenkasse durchzuführenden versichertenbezogenen Maßnahmen sowie der diesbezüglichen regelmäßigen
Qualitätsberichterstattung

Anm.:

In den angegebenen Algorithmen beziehen sich alle Feldnennungen „(AD)“ auf den allgemeinen bzw. indikationsübergreifenden Datensatz nach Anlage 2 und
Feldnennungen „(ISD)“ auf den indikationsspezifischen Datensatz nach Anlage 6. Der jeweilige Nenner formuliert entsprechend allgemeingültiger
mathematischer Regeln die Grundgesamtheit, auf der der Zähler aufsetzt. Die Angabe „Berichtszeitraum“ ist in dieser Anlage als ein Zeitraum von sechs
Monaten definiert.

Teil 1 (arzt- und regionsbezogene Qualitätssicherung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck unter 140/90mmHg bei bekannter Hypertonie	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruck systolisch kleiner gleich 139 mmHg und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg bei bekannter Hypertonie an allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 65%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 AD (Blutdruck) systolisch kleiner gleich 139 und diastolisch kleiner gleich 89 mmHg</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 17 AD (Begleiterkrankungen) = „Arterielle Hypertonie“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
II. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Thrombozytenaggregationshemmer zur Sekundärprävention erhalten	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation oder ohne orale Antikoagulation</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 80% Teilnehmer</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT</p> <p>Feld 6 ISD (Thrombozytenaggregationshemmer) = „Kontraindikation“ ODER „orale Antikoagulation“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
III. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monaten, die aktuell einen Betablocker erhalten	Nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate und ohne Kontraindikation gegen Betablocker: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die aktuell einen Betablocker erhalten. <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 7 ISD (Betablocker) = „Ja“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 3a ISD (Herzinfarkt innerhalb der letzten 12 Monate) = „Ja“ UND NICHT Feld 7 ISD (Betablocker) = „Kontraindikation“	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
IV. a) Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die Statine erhalten	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die Statine erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Kontraindikation. <u>Zielwert:</u> größer gleich 80%	<u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Hoch“ ODER „Moderat“ ODER „Niedrig“ <u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer UND NICHT Feld 9a ISD (Aktuelle Statin Dosis) = „Kontraindikation“ gegen Statin	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
<p>IV b. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die eine leitliniengerechte Statintherapie erhalten</p>	<p>Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Statintherapie: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine leitliniengerechte Statintherapie (feste Hochdosis- oder Zielwert-Strategie) erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p><u>Zielwert:</u> größer gleich 80 %</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</p> <p>Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“</p> <p>ODER</p> <p>[[Feld 9a = ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Niedrig“</p> <p>ODER „Moderat“]</p> <p>UND</p> <p>[Feld 9c ISD (Grund für moderate oder niedrige Statin-Dosis) = „Aufdosierungsphase“</p> <p>ODER „LDL-Zielwert erreicht“</p> <p>ODER „Kontraindikation gegen Hochdosis“</p> <p>ODER „Ablehnung durch Patienten“]]</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 9a ISD (Aktuelle Statin-Dosis) = „Hoch“</p> <p>ODER „Moderat“</p>	<p>Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst</p>	<p>LE: Information über das Feedback</p>

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
		ODER „Niedrig“		
V. Niedriger Anteil von rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	<p>a) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zielwert:</u> kleiner 15%</p> <p>b) Anteil rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben</p> <p>Zielwert: kleiner 15%</p>	<p>a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>b) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 16 AD (Raucher) = „ja“ in der Erstdokumentation, bei denen mindestens eine Folgedokumentation vorliegt</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VI. Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen	a) <u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p>haben, bezogen auf alle bei Einschreibung ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Zielwert: - größer 50 %</p>	<p>wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit:</p> <p>[Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ im aktuellen Berichtszeitraum oder innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums</p> <p>ODER</p> <p>[Feld 11 ISD (Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)) = „Ja“ innerhalb der 12 Monate vor Beginn des aktuellen Berichtszeitraums UND NICHT Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „War aktuell nicht möglich“ in der aktuellen Dokumentation]] { UND NICHT Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ } ¹</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
	<p><i>Fakultativ zusätzlich:</i></p> <p><i>Anteil der eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p> <p><u>kein Zielwert</u></p>	<p><u>Zähler:</u></p> <p><i>Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit</i></p> <p>Feld 12 ISD (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „Ja“ seit DMP Einschreibung</p> <p><i>ODER</i></p> <p>Feld 10a ISD (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) = „Ja“ in der Erstdokumentation</p> <p><u>Nenner:</u></p> <p><i>Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</i></p> <p>{ }¹ Liegt keine Angabe zu Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) vor, gilt der Patient als ungeschult. Dies wird so gewertet, als wäre die Angabe „Nein“ in Feld 10a (Schulung bereits vor Einschreibung in DMP wahrgenommen) erfolgt. Keine Angabe kann nur dann vorliegen, wenn die Einschreibung vor Aufnahme des Parameters erfolgt ist sowie in den Fällen, in denen ein Arztwechsel erfolgte.)</p>		

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
VII. Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Angina-pectoris-Beschwerden	<p>Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne Angina-pectoris-Beschwerden bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer.</p> <p>Zielwert: größer 75%</p> <p>Zusätzlich Darstellung der Verteilung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Beschwerden nach Schweregrad entsprechend CCS</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) = „Nein“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 1 ISD (Angina pectoris) a) = „CCS 1“ b) = „CCS 2“ c) = „CCS 3“ d) = „CCS 4“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback
VIII. Hoher Anteil Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben	<p>Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die regelmäßig sportliches Training betreiben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmern, bei denen sportliches Training möglich ist.</p> <p>Zielwert: größer 50%</p>	<p><u>Zähler:</u> Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Feld 15 ISD (Regelmäßiges sportliches Training) = „Ja“</p> <p><u>Nenner:</u> Alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer</p> <p>UND NICHT Feld 15 (ISD) (Regelmäßiges sportliches Training) = „Nicht möglich“</p>	Entsprechend dem Zeitintervall, das der Feedbackbericht erfasst	LE: Information über das Feedback

Teil 2 (versichertenbezogene Maßnahmen und kassenseitige Qualitätsberichterstattung)

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
I. Vermeidung hypertensiver Blutdruckwerte	entfällt	entfällt	Wenn Feld 17 (AD) (Begleiterkrankung) erstmalig = „Hypertonie“ und/oder wenn Feld 15 (AD) (Blutdruck) größer 139mmHg syst. Oder größer 89 mmHg diast. in zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen bei Teilnehmern mit bekannter Begleiterkrankung „Hypertonie“	V: Infos über die Problematik der Hypertonie und Einflussmöglichkeiten (Blutdruckbroschüre), maximal einmal pro Jahr
II. Sicherstellung der regelmäßigen Teilnahme des Versicherten	Anteil der Teilnehmer mit regelmäßigen Folgedokumentationen (entsprechend dem dokumentierten Dokumentationszeitraum) bezogen auf alle Teilnehmer <u>Zielwert:</u> Im Mittel 90% über die gesamte Programmlaufzeit	<u>Zähler:</u> Anzahl der in einem Quartal eingegangenen Folgedokumentationen <u>Nenner:</u> Alle in einem Quartal erwarteten Folgedokumentationen	Wenn keine gültige Folgedokumentation innerhalb der vorgesehenen Frist vorliegt	V: Reminder an Versicherten, Infos über DMP, Bedeutung aktiver Teilnahme und regelmäßiger Arzt-Besuche
III. Reduktion des Anteils der rauchenden Teilnehmer	entfällt	entfällt	Wenn in Feld 19 (ADS) (Vom Teilnehmer gewünschte Informationsangebote der Krankenkassen) = „Tabakverzicht“	V: Aufklärung/Information über unterstützende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, maximal einmal pro Jahr

QS-Ziele	QS-Indikatoren	Auswertungs-Algorithmus	Auslöse-Algorithmus	QS-Maßnahme
IV. Wahrnehmung empfohlener Schulungen	entfällt	entfällt	Wenn Feld 12 (ISD) (Empfohlene Schulung wahrgenommen) = „nein“ oder zweimal „war aktuell nicht möglich“	V. Aufklärung / Information über die Wichtigkeit von Schulungen; maximal einmal pro Jahr

Erläuterungen und Begründung zur Qualitätssicherung auf Grundlage des Datensatzes nach Anlagen 2 und 6

Abkürzungen

LE	=	Leistungserbringer
V	=	Versichertenkontakt
QS	=	Qualitätssicherung
AD	=	Allgemeiner Datensatz der Anlage 2
ISD	=	Indikationsspezifischer Datensatz der Anlage 6

Erläuterung: Unter Teilnehmern sind hier die am Programm teilnehmenden Patientinnen und Patienten gemeint

Mindestanforderungen zur Erstellung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für Koronare Herzkrankheit (KHK) (ambulanter Sektor)

Gültig ab: 01.07.2019

Stand: 26.06.2019

Versorgungsebenen (Mehrfachnennungen möglich)

A = Vertraglich eingebundener Hausarzt gemäß §73 SGB V [1. Ebene]

B = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher nicht-invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

C = Vertraglich eingebundener Facharzt, welcher invasiv tätig ist, oder Arzt, der für die Erbringung dieser ambulanten ärztlichen Versorgung ermächtigt ist [2. Ebene]

E = Ärzte, ausschließlich schulend (Diese Angabe kann im DMP KHK nur erfolgen, sofern sie vertraglich vereinbart ist.)

Hinweise zur Angabe der Versorgungsebenen

- Zulässige Mehrfachnennungen: „A,B“ und „B,C“
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebenen „A“ und „B“ ist zulässig, wenn durch Zusatzqualifikation der hausärztlich tätige Arzt auch die in der Strukturqualität geforderte Qualifikation für die 2. Versorgungsebene erfüllt.
- Die gleichzeitige Angabe der Versorgungsebene „E“ mit einer anderen Versorgungsebene ist nicht zulässig.

Berechtigungen (Mehrfachnennungen möglich)

01 = Arzt koordiniert

02 = Arzt koordiniert nicht

04 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen

05 = MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2)

06 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen

07 = Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen

08 = Diabetes II im Gespräch

09 = LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung

10 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment Program (DTTP)

13 = Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)

14 = Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie

15 = Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)

16 = SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)

20 = Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen

21 = DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) – nur als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für DM2

22 = Blutglukosewahrnehmungstraining BGAT III – deutsche Version

23 = HyPOS (als Ergänzung einer Basisschulung)

24 = INRatio Gerinnungsselbstmanagement: Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG2) [Schulung im Rahmen von DMP durchführbar bis 22.08.2018]

25 = SGS (Strukturiertes Geriatrisches Schulungsprogramm)

26 = SGS - Türkische Fassung – nur als Ergänzung zu einem deutschsprachigen Schulungsprogramm für DM2

30 = MEDIAS 2 ICT

31 = PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie

33 = Bewegung und Sport bei Diabetes

39 = Cardio-Fit

40 = MEDIAS 2 BOT+SIT+CT für Menschen mit Typ 2-Diabetes und einer nicht-intensivierten Insulintherapie

Hinweise zur Angabe der Berechtigungen

- Es ist mindestens der Berechtigungsschlüssel „01“ oder „02“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebene „A“ sind koordinierend tätig. Die Koordinationsfunktion muss im Feld Berechtigung mit dem Kennzeichen „01“ angegeben werden.
- Aufgabe der Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ ist die fachärztliche bzw. weitergehende Betreuung. Ärzte der Versorgungsebenen „B“ und „C“ sind in der Regel nicht koordinierend tätig. Erfolgt keine Koordination, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „02“ anzugeben. Sofern ein Arzt der Versorgungsebene „B“ oder „C“ für einzelne Versicherte (Ausnahmefälle) koordinierend tätig sein möchte, ist im Feld Berechtigung das Kennzeichen „01“ anzugeben.
- Ärzte der Versorgungsebene „E“ sind ausschließlich schulend tätig. Im Feld Berechtigung sind das Kennzeichen „02“ (Arzt koordiniert nicht) und die Schulungsberechtigungen anzugeben.

LANR	BSNR	Anrede	Titel	Name	Vorname	Straße, Hausnr.	PLZ	Ort	Kreis**	Beginn der Teilnahme*	Ende der Teilnahme*	Versorgungsebene*	Berechtigung*

* Bei Ärzten mit Mehrfachnennungen zu Versorgungsebenen und Berechtigungen sind diese in einer Zeile der Tabelle vorzunehmen. Als Trennzeichen innerhalb des Feldes ist ein Komma ohne Leerzeichen zu verwenden.

Änderungen der Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen eines Arztes sind durch die Beendigung des bisherigen Teilnahmezeitraums und Eröffnung eines neuen Teilnahmezeitraums zu kennzeichnen.

Der beendete Teilnahmezeitraum beinhaltet dabei die bisherige Versorgungsebenen-/Berechtigungs-Kombination. Der neue Teilnahmezeitraum beinhaltet die Änderungen, die entweder in ergänzten oder entfallenen Versorgungsebenen und/oder Berechtigungen bestehen.

** Bei kreisfreien Städten erfolgt die Angabe „kreisfrei“ oder die erneute Benennung der Stadt.

Die zusätzlichen Angaben „Telefon“, „Fax“ und „E-Mail“ sind keine Pflichtangaben im Sinne der Mindestanforderungen, daher werden sie in diesem Muster nicht aufgeführt. Die Angaben können nach der Angabe „Kreis“ ergänzt werden (vgl. Technische Anlage zur Übermittlung der Leistungserbringerverzeichnisse strukturierter Behandlungsprogramme).

Anlage 8 – Patientenschulung

zu dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit (KHK) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
und den nordrheinischen Krankenkassen/-verbänden

Schulungsprogramme für Patientinnen und Patienten

Die Patientenschulungen sind ausschließlich in der vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als verwendungsfähig erklärten Auflage (https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/DMP/DMP-Leitfaden_Anhang_2.pdf) durchzuführen.

Vertragliche Verpflichtung bei allen Programmen:

„In die Schulungsprogramme sind die medizinischen Inhalte der aktuellen Rechtslage, insbesondere betreffend der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der aktuellen Rechtslage widersprechen, verzichtet werden.“

1. Strukturvoraussetzungen:

Patientenschulungen können ausschließlich durch Ärzte entsprechend §§ 3 und 4 dieses Vertrages erbracht werden, soweit sie die Strukturvoraussetzungen nach den Anlagen 1 bzw. 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und auf dieser Grundlage eine gesonderte Genehmigung zur Abrechnung der Schulungsleistungen durch die KV Nordrhein erhalten haben sowie durch Leistungserbringer, die eine Schulungsberechtigung nach dem Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung für KHK erworben haben. Schulungen können sowohl durch ärztliches als auch durch nichtärztliches Personal durchgeführt werden, soweit dieses die Anforderungen an die Qualifikation erfüllt.

Diabetes Schulungsprogramme werden im Rahmen der Verträge zu den DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 erbracht.

1.1. Ärztliche Qualifikation

Der Vertragsarzt hat seine erfolgreiche Teilnahme oder die seines angestellten Arztes an einer anerkannten Qualifizierungsmaßnahme, die ihn bzw. den angestellten Arzt zur Durchführung der angebotenen Schulungen berechtigt, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen und Änderungen umgehend mitzuteilen.

1.2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

Das nichtärztliche Personal hat die erfolgreiche Teilnahme an einer anerkannten Qualifizierungsmaßnahme, die ihn bzw. den angestellten Arzt zur Durchführung der angebotenen Schulungen berechtigt, gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen und Änderungen umgehend mitzuteilen.

1.3. Sachliche Ausstattung bezogen auf die Betriebsstätte

- Curricula und Medien der vertraglich vereinbarten Schulung(-en) müssen vorhanden sein.
- Die Patientenschulungen sind in der Regel als Gruppenschulung durchzuführen.
- Die räumliche Ausstattung muss Einzel- und Gruppenschulungen ermöglichen.

1.4. Schulungsgemeinschaften

Bei Schulungsgemeinschaften gelten die in der jeweiligen Funktion genannten Qualitätsanforderungen. Schulungsgemeinschaften sind der KV Nordrhein anzuzeigen und darüber hinaus ist das Kooperationskonzept vorzulegen.

2. Schulungsauftrag:

Im Rahmen des vorstehenden Vertrages sind nachstehende Behandlungs- und Schulungsprogramme zielgruppenspezifisch durchzuführen:

Schulungen DMP KHK:

Name der Schulung	Publikation	Az	Feststellung der Rechtskonformität
Kardio-Fit	Melamed RJ, Tillmann A, Kufleitner HE, Thürmer U, Dürsch M: Evaluating the efficacy of an education and treatment program for patients with coronary heart disease – a randomized controlled trial. Dtsch Arztebl Int	515-5623.0-1319/2016	17.05.2018 (1. Auflage, 2019)
SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)“	Sawicki PT, Bernardo A, Seimel M, Kleespies C, Didjurgeit U: JAMA, January 13, 1999, Vol 281, No. 2	5623.0-3661/2004	21.05.2003

Indikationsübergreifende Schulungen DMP KHK, DM2 und DM1

Name der Schulung	Publikation	Az	Feststellung der Rechtskonformität
Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	a) Heise T, Jennen E, Sawicki P Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm. ZaeFQ 95; 349-55. b) Sawicki PT, Mühlhauser I, Didjreit U et al.: Mortality and morbidity in treated hypertensive type 2 diabetic patients with micro- or macro-proteinuria. Diabetic Medicine 1995; 12: 893-8.	5623.0-2395/2002	02.12.2004
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Sawicki P, Jörgens V: Structured patient education for out-patients with hypertension: a model project in Germany. J Human Hypertension (1997) 11, 501-6.	5623.0-2395/2002	02.12.2004
Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin)	a) Danzer E, Gallert K, Friedrich A, Fleischmann EH, Walter H, Schmieder RE: Ergebnisse der Hypertonieschulung des Instituts für präventive Medizin.[Results of an intensive training program for hypertension at the Institute for Preventive Medicine]. Dtsch Med Wochenschr. 2000 Nov 17;125(46):1385-9. b) Fleischmann EH, Friedrich A, Danzer E, Gallert K, Walter H, Schmieder RE: Intensive training of patients with hypertension is effective in modifying lifestyle risk factors. J Hum Hypertens 2004 Feb;18(2):127-31.	5623.0-1199/2004	15.10.2004

Eine Unterrichtseinheit (UE) stellt einen Zeitraum von 90 Minuten dar.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Strukturierter Arztbericht im DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) vom kardiologisch qualifizierten Facharzt an den koordinierenden DMP-Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin / sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die Überweisung des o. g. Patienten, für den ich neben den dargestellten Untersuchungsergebnissen auch folgende Maßnahmen empfehle:

Klinik:	(Erläuterungen s. Arztbrief)				
AP Symptomatik (CCS)	<input type="checkbox"/> typisch →	<input type="checkbox"/> Grad I	<input type="checkbox"/> Grad II	<input type="checkbox"/> Grad III	<input type="checkbox"/> Grad IV
	<input type="checkbox"/> untypisch				
	<input type="checkbox"/> keine				
Dyspnoe:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			

KHK-Anamnese:			<input type="checkbox"/> keine Veränderung
Infarkt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	zum
	Coronarographie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Coronarintervention:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Bypass Jahr.....	<input type="checkbox"/> PTCA/Stent Jahr

Diagnostik:	(Erläuterungen s. Arztbrief)		
ERGO:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> nicht möglich	
	<input type="checkbox"/> pathologisch →	AP	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Luftnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
		Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Echokardiographie:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
Weitere Diagnostik:	<input type="checkbox"/> Stressecho	<input type="checkbox"/> Myokardszintigraphie	
	<input type="checkbox"/> Coronargraphie	<input type="checkbox"/> sofort	<input type="checkbox"/> elektiv

Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Art. Hypertonie	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung
	<input type="checkbox"/> Familiäre Belastung	<input type="checkbox"/> Nikotin*	<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel

Aktuelle Medikation:	<input type="checkbox"/> Betablocker*	<input type="checkbox"/> ACE Hemmer/AT1 Blocker	<input type="checkbox"/> Antianginosa	<input type="checkbox"/> TAH
	<input type="checkbox"/> Statine*	<input type="checkbox"/> sonst. Lipidsenker	<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	
	<input type="checkbox"/> Andere			

Therapieempfehlung:	<input type="checkbox"/> Coronarsport (max. HF:))
	<input type="checkbox"/> medikamentös (unter Berücksichtigung der Selbstmedikation - siehe Arztbrief)
	Überprüfung der Versorgungsfähigkeit mit Betablockern, Statinen, Thrombozyten-Aggregationshemmern und ACE-Hemmern gemäß DMP-A-RL mit Hinweis auf Kontraindikation
	→ Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!

Überprüfung des Lebensstils, insbesondere der Risikofaktoren sowie die Beratung und Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten / Empfehlung zu Maßnahmen - orientiert an den QS-Zielen*

Schulungsempfehlung*:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hypertonie	<input type="checkbox"/> INR
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------

	Der Patient wünscht Informationsangebote seiner Krankenkasse zu gesundheitsbewusstem Verhalten:			
	<input type="checkbox"/> Nikotinentwöhnung	<input type="checkbox"/> Anti-Stress	<input type="checkbox"/> Ernährung	<input type="checkbox"/> Bewegung
	<input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> nicht gewünscht	→ Bitte in der DMP-Dokumentation aufnehmen!	

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank.

Arztstempel, Unterschrift