

Vertrag
nach § 73a SGB V

zwischen

AOK Bremen/Bremerhaven
Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

BKK Landesverband Mitte
Siebstr. 4, 30171 Hannover
Büro Bremen: Bahnhofstraße 28-31, 28195 Bremen
zugleich für die Knappschaft

IKK gesund plus
handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen zugleich für die Kran-
kenkasse für den Gartenbau, handelnd als Landesverband für die Landwirt-
schaftliche Krankenversicherung in Bremen Konrad-Adenauer-Allee 42, 28329
Bremen

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse (Ersatzkasse)
- KKH-Allianz (Ersatzkasse)
- HEK-Hanseatische Krankenkasse
- hkk

Gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
Vertreten durch den/die Leiter in der vdek-Landesvertretung

im Folgenden „Krankenkassen“

und

Kassenärztlicher Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen

im Folgenden „KVHB“

zur Durchführung der Strukturierten Behandlungsprogramme nach
§ 137f SGB V Asthma sowie COPD
in der Lesefassung mit den Protokollnotizen vom 26.06.2006, 31.10.2006,
28.08.2007, 01.09.2008, 30.06.2010 und vom 01.04.2011

Inhaltsverzeichnis:

Präambel

Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich

§ 1 Ziele der Vereinbarung

§ 2 Geltungsbereich

Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

§ 5 Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

§ 6 Teilnahmeerklärung

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzten

§ 9 Verzeichnis der Leistungserbringer

Abschnitt III –Versorgungsinhalte

§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

§ 11 Grundlagen und Ziele

§ 12 Maßnahmen und Indikatoren

§ 13 Durchführung der Qualitätssicherung

§ 14 Fortbildung und Schulung der Leistungserbringer

§ 15 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Teilnahmevoraussetzungen

§ 17 Information und Einschreibung

§ 18 Teilnahme- und Einwilligungserklärung

- § 19 Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten
- § 20 Wechsel des koordinierenden Arztes
- § 21 Versichertenverzeichnis
- § 22 Information und Schulung der Versicherten

Abschnitt VI – Arbeitsgemeinschaft / gemeinsame Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

- § 23 Arbeitsgemeinschaft
- § 24 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft
- § 25 Gemeinsame Datenstelle
- § 26 Gemeinsame Einrichtung
- § 27 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

Abschnitt VII – Datenfluss und Datenverwendung

- § 28 Erst- und Folgedokumentation
- § 28 a Elektronische Dokumentation (eDMP)
- § 29 Datenzugang
- § 30 Datenaufbewahrung und –löschung

Abschnitt VIII - Evaluation

- § 31 Evaluation

Abschnitt IX – Vergütung und Abrechnung

- § 32 Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen
- § 33 Vergütung der Schulungen

Abschnitt X – Sonstige Bestimmungen

- § 34 Weitere Aufgaben und Verpflichtungen
- § 35 Laufzeit und Kündigung
- § 36 Schriftform
- § 37 Salvatorische Klausel

Erläuterungen

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

Leistungserbringer sind Vertragsärzte im Sinne der §§ 3 und 4, ermächtigte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und sonstige Leistungserbringer, sowie bei diesen angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen.

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

Koordinierender Arzt ist ein solcher i. S.d. § 3 und deren angestellte Ärzte, sofern sie DMP-Leistungen erbringen.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 26, 27.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 23, 24.

Gemeinsame Datenstelle ist eine solche i. S. d. § 25.

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. den Anlagen 10 (Asthma) und 12 (COPD) der RSAV sind die in der Anlage 2 i.V.m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV aufgeführten Daten.

Anlagen

Die in dieser Übersicht aufgeführten Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages

Anlage 1a	Strukturvoraussetzungen für den hausärztlichen Versorgungssektor nach § 3 (koordinierender Arzt) Asthma
Anlage 1b	Strukturvoraussetzungen für den hausärztlichen Versorgungssektor nach § 3 (koordinierender Arzt) COPD
Anlage 1c	Strukturvoraussetzungen für fachärztlich tätige Internisten nach § 3 Asthma
Anlage 1d	Strukturvoraussetzungen für fachärztlich tätige Internisten nach § 3 COPD
Anlage 2a	Strukturvoraussetzungen für den fachärztlichen Versorgungssektor nach § 4 Asthma
Anlage 2b	Strukturvoraussetzungen für den fachärztlichen Versorgungssektor nach § 4 COPD

Anlage 3a	unbesetzt
Anlage 3b	unbesetzt
Anlage 4	Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes/ Medizinischen Versorgungszentrums/ ermächtigten Arztes zum Behandlungsprogramm „Asthma/ COPD“
Anlage 4a	Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten
Anlage 5a	unbesetzt
Anlage 5b	unbesetzt
Anlage 6a	Qualitätssicherung Asthma bronchiale
Anlage 6b	Qualitätssicherung COPD
Anlage 7a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (ambulanter Sektor)
Anlage 7b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (ambulanter Sektor)
Anlage 8	Erst- und Folgedokumentationsdatensatz gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlagen 10 und 12 der RSAV
Anlage 9	unbesetzt
Anlage 10a	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Asthma mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
Anlage 10b	Teilnahme- und Einwilligungserklärung COPD mit datenschutzrechtlichen Erläuterungen und Patienteninformation
Anlage 11a	Schulungsprogramme Asthma
Anlage 11b	Schulungsprogramme COPD

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme (im Folgenden Disease-Management-Programme – DMP genannt) nach § 137f SGB V, die auf der RSAV in der jeweils gültigen Fassung der Verordnung zur Änderung der RSAV beruhen, optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag zur Durchführung von Disease-Management-Programmen für Versicherte mit Asthma bronchiale und COPD.

Beide Erkrankungen fallen unter die Bezeichnung chronisch obstruktive Atemwegserkrankung.

Für beide Erkrankungen wird eine Häufigkeit von 10-20% der erwachsenen Population angenommen, mit einer Überschneidung auf Grund der diagnostischen Unschärfe. Für Deutschland kann daher von ca. 15 Mio. Asthma- sowie COPD-Erkrankten ausgegangen werden. Im Land Bremen sind danach 50-80.000 Patienten betroffen, davon sind 5 % schwer-, 20 % mittel- und 75% leichtgradig erkrankt.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungsbedürftig. Die chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen stellen wegen der in vielen Fällen im Rahmen eines längeren Behandlungsablaufes notwendig werdenden stationären Behandlungsepisoden und/oder Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere in ihrer chronischen Verlaufsform eine Erkrankung dar, bei der ein sektorübergreifender Behandlungs- und Koordinationsbedarf besteht.

Bei den chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen vermag die Patientin oder der Patient durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren, z.B. durch eine Aufgabe des Rauchens, den Krankheitsverlauf erheblich zu beeinflussen. Diesem Umstand wird im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme Rechnung getragen.

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

Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in Abschnitt IV und den Anlagen 6a und 6b beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet. Gleichzeitig wird der Qualitätssicherungsauftrag der KVHB erfüllt.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

1. Ziel der Vereinbarung ist u. a. die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD in der Region der KVHB. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 10 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma bronchiale oder COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und den teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren. Die an dieser Vereinbarung nach § 3 teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe.
2. Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, welche die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich der Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV. Entsprechend den Anlagen 9 und 11 der RSAV streben die Vertragspartner folgende Ziele an:
 - Vermeidung/Reduktion von:
 - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z. B. Symptome, Asthma-Anfälle, Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen),
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
 - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivitäten im Alltag,
 - einer Progredienz der Krankheit,
 - unerwünschten Wirkungen der Therapie
 - bei Normalisierung bzw. Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität;
 - Reduktion der Asthma- bzw. COPD-bedingten Letalität.

§ 2

Geltungsbereich

1. Diese Vereinbarung gilt für
 - Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte in der Region der KVHB, die nach Maßgabe des Abschnitts II ihre Teilnahme erklärt haben,
 - die Behandlung von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben,
 - die Behandlung von Versicherten anderer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben, sofern vorab die Wahrnehmung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten durch eine am Vertrag teilnehmende Krankenkasse mit der Krankenkasse des Versicherten geregelt und die KVHB darüber informiert wurde. Die betroffenen Krankenkassen erklären gegenüber der KVHB, dass sie die außerbudgetären Vergütungen Abschnitt IX anerkennen. Die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte.
2. Diesem Vertrag können weitere Krankenkassen vorbehaltlich der Zustimmung der Vertragspartner beitreten; die KVHB informiert die teilnehmenden Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte.
3. Die Vergütungen im Falle des Absatzes 1, 3. Spiegelstrich sowie des Absatzes 2 erfolgen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
4. Grundlage dieses Vertrages ist die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Näheres hierzu regelt § 35 dieses Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Dokumentation betreffen, entsprechen wortgleich den Anlagen 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV. Sollten sich auf Grund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen zu erfolgen. Nach einer Änderung der Ziffer 1 der Anlagen 9 und 11 zu §§ 28 b bis 28 g RSAV sind die Leistungserbringer über die eingetretenen Änderungen und Anforderungen an die Behandlung durch die KVHB zu unterrichten.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Arzt)

1. Die Teilnahme der Leistungserbringer an diesem Programm ist freiwillig.
2. Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1a (zur Teilnahme bei Asthma bronchiale) und/ oder Anlage 1b (zur Teilnahme bei COPD) – persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
3. In medizinisch oder durch die vor Eintritt des Patienten in das Programm bereits bestehende Betreuung begründeten Ausnahmefällen kann auch ein qualifizierter Facharzt diese koordinierende Funktion ausüben. Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche qualifizierte Versorgung der ersten Versorgungsebene sind die Leistungserbringer, die die Strukturvoraussetzungen gem. Anlage 1c und/ oder 1d –persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen. Sofern der qualifizierte Facharzt die Funktion des koordinierenden Arztes übernimmt, erfüllt er im Rahmen der DMP-Indikation Asthma und/ oder COPD auch sämtliche Aufgaben eines koordinierenden Arztes, dies schließt notwendige Hausbesuche mit ein.
4. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Asthma bronchiale bzw. COPD einen nach § 4 teilnehmenden Vertragsarzt auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Vertragsarzt dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlagen 9 und 11 der RSAV sind von dem gewählten Vertragsarzt zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientinnen und Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.
5. Die gleichzeitige Teilnahme von Leistungserbringern an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten für das jeweilige Programm gemäß den Anlagen 1a, 1b, 1c und 1d erfüllt sind.
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 § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, 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 bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVHB nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVHB vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versor-

gungszentrums unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) mitgeteilt.

8. Zu den Pflichten der in Abs. 2 bis 4 Teilnahmeberechtigten (im weiteren koordinierender Arzt) gehören insbesondere:
- a) die Behandlung der Versicherten sowie die Koordination der Behandlung der Versicherten insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Beachtung der nach § 10 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Punkt 1.6 der Anlage 9 und Punkt 1.6 der Anlage 11 der RSAV,
 - b) die Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten gemäß § 17 sowie die Erhebung und Weiterleitung der Dokumentation unter Berücksichtigung der Dokumentationsintervalle,
 - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - d) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB nachgewiesen ist sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
 - e) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.2 der Anlage 9 bzw. 11 der RSAV genannten Indikationen eine Überweisung an andere Vertragsärzte entsprechend der Anlage 2a und/oder 2b „Strukturvoraussetzungen fachärztlicher Versorgungssektor“ oder auch an nicht an diesem Vertrag teilnehmende zugelassene Leistungserbringer entsprechend vorzunehmen. Die Überweisung sollte, wenn möglich, vorrangig an am Programm teilnehmende Leistungserbringer erfolgen. Im übrigen entscheidet der Vertragsarzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 - f) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 9 bzw. 11 der RSAV genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DM-Programm zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und die regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
 - g) bei Überweisung und Einweisung therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 - h) die Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme in medizinisch begründeten Fällen unter Berücksichtigung der Ziffer 1.6.4 der Anlage 9 bzw. 11 der RSAV.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a – h entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

1. Die Beteiligung der Leistungserbringer an diesem Programm ist freiwillig. Sie werden auf Überweisung des koordinierenden Arztes nach § 3 tätig.
2. Teilnahmeberechtigt für die qualifizierte Versorgung sind Fachärzte soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 2a und / oder 2b –persönlich oder durch angestellte Ärzte-erfüllen. Die Strukturqualität muss entsprechend der in den Anlagen 2a und/ oder 2b benannten Zeitpunkte gegenüber der KVHB nachgewiesen werden.
3. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung nach § 6 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind.
4. Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVHB nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVHB vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) mitgeteilt.
5. Die gleichzeitige Teilnahme von Leistungserbringern an einem Programm für Asthma bronchiale und COPD ist möglich, sofern die notwendigen Strukturqualitäten erfüllt sind.
6. Zu den Pflichten der nach Absatz 2 Teilnahmeberechtigten gehören insbesondere:
 - a) die Mit- und Weiterbehandlung der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 10 geregelten Versorgungsinhalte,
 - b) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 11 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimittelterapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - c) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVHB entsprechend nachgewiesen ist,
 - d) die Überweisung an andere Leistungserbringer gemäß Ziffer 1.6.2 der Anlage 9 bzw. 11 der RSAV. Im Übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 - e) die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt spätestens mit Ablauf des der Überweisung folgenden Quartals,
 - f) bis zur Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Arzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentationen zu übermitteln,

- g) bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 der Anlage 9 bzw. 11 der RSAV genannten Indikationen eine Einweisung in das nächstgelegene geeignete nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus vorzunehmen, das zur Teilnahme am DMP-Programm zugelassen ist. Die individuellen Patienteninteressen und regionalen Versorgungsstrukturen sind hierbei zu berücksichtigen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen,
- h) bei Überweisung an andere Leistungserbringer oder Einweisung in ein teilnehmendes Krankenhaus therapierelevante Informationen entsprechend § 10, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern.

Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Buchstaben a – h entsprechend. Der anstellende Arzt hat durch arbeitsvertragliche Regelungen für die Beachtung der Vorschrift und der Anforderungen der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Einbindung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen

Die Krankenkassen binden zugelassene Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen vertraglich ein. Einzelheiten sind durch gesonderte Verträge der Krankenkassen im Land Bremen geregelt.

§ 6

Teilnahmeerklärung

1. Der Vertragsarzt, der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums und der ermächtigte Arzt erklären sich unter Angabe ihrer Funktion als koordinierende Ärzte nach § 3 oder als fachärztlich tätige Ärzte nach § 4 gegenüber der KVHB schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 4** zur Teilnahme am Disease-Management-Programm Asthma und/ oder COPD bereit. Wird die Teilnahme des Arztes bzw. des zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung des anstellenden Arztes bzw. des anstellenden zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums neben den administrativen Daten des anstellenden Arztes (Name, Vorname, Arztnummer) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entsprechend mit dem in der Anlage 4a beigefügten Formular (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVHB kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.
2. Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden sollen.
3. Der Vertragsarzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt genehmigen mit ihrer Unterschrift auf dieser Erklärung den für sie in Vertretung ohne

Vollmacht zwischen den Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 25.

§ 7

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

1. Die KVHB erteilt den gemäß § 3 und § 4 teilnehmenden Vertragsärzten, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzten die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag, wenn diese die in der Anlage 1a, 1b, 1c, 1d oder Anlage 2a/ 2b genannten Strukturvoraussetzungen erfüllen.
2. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1a, 1b, 1c, 1d oder Anlage 2a/ 2b näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt.

§ 8

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme der Vertragsärzte, Medizinischen Versorgungszentren und ermächtigten Ärzte

1. Die Teilnahme eines Vertragsarztes, des Leiters eines Medizinischen Versorgungszentrums oder eines ermächtigten Arztes am Behandlungsprogramm beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KVHB bestätigt.
2. Der Vertragsarzt, der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrum und der ermächtigte Arzt können ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVHB kündigen. Die Kündigungsfrist (Zugang bei der KVHB) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
3. Endet die Teilnahme eines Vertragsarztes, des Medizinischen Versorgungszentrums oder des ermächtigten Arztes an diesem Vertrag durch Wegfall der Voraussetzungen nach §§ 3 oder 4 oder durch Beschluss nach § 15 Abs. 2, so ist er/ es von diesem Vertrag durch die KVHB auszuschließen. Die Krankenkasse kann die hiervon betroffenen Versicherten auf andere nach diesem Vertrag zugelassene Leistungserbringer aufmerksam machen.
4. Die Teilnahme am Programm endet mit dem Bescheid über das Ende bzw. Ruhen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die KVHB.
5. Die KVHB informiert die beteiligten Vertragspartner unverzüglich bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.
6. Hat der Leistungserbringer seine Teilnahme sowohl für Asthma bronchiale als auch für COPD am Programm erklärt, gelten die Absätze 1 – 5 für beide Indikationen jeweils gesondert.
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 Da-

tum 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 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 4a beigefügten Formulare (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes).

§ 9

Verzeichnis der Leistungserbringer

1. Über die Leistungserbringer gemäß §§ 3 und 4 führt die KVHB jeweils für Asthma und COPD ein Verzeichnis. Die KVHB stellt diese Verzeichnisse den Vertragspartnern und der Gemeinsamen Einrichtung innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende und bei Änderungen und im Übrigen auf Anforderung in elektronischer Form (Excel-Format) entsprechend Anlage 7a und 7b zur Verfügung.
2. Das Leistungserbringerverzeichnis wird arztbezogen um folgende Inhalte ergänzt:
 - Anschriften der Betriebsstätten, in denen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbracht werden,
 - Postanschrift der Praxis/ Einrichtung,
 - Arzt- und Betriebsstättennummer und
 - Angestellte Ärzte, sofern sie Leistungen im Programm erbringen.
3. Die Verbände der Krankenkassen führen jeweils für Asthma und COPD ein Verzeichnis der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Diese Verzeichnisse werden zudem der KVHB zur Information der am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung gestellt.
4. Die Teilnehmerverzeichnisse werden außerdem
 - der Krankenhausgesellschaft der Freien Hansestadt Bremen e.V. für die teilnehmenden Krankenhäuser,
 - den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 - der gemeinsamen Datenstelle nach § 25zur Verfügung gestellt.
5. Die Teilnehmerverzeichnisse werden dem Bundesversicherungsamt und den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt.
6. Die Teilnehmerverzeichnisse können mit Zustimmung aller Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 10

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale und an das Behandlungsprogramm COPD

1. Die medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm Asthma bronchiale sind in der Anlage 9 zu §§ 28b bis 28g der RSAV definiert. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere mindestens 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 medizinischen Anforderungen für das Behandlungsprogramm COPD sind in der Anlage 11 zu §§ 28b bis 28g der RSAV definiert. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich durch seine Teilnahme bzw. seinen Antrag auf Teilnahme gemäß § 6 insbesondere mindestens 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.
3. Die teilnehmenden Vertragsärzte, die Medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte sind nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlagen 9 und/ oder 11 zu §§ 28b bis 28g der RSAV unverzüglich von der KVHB über die eingetretenen Änderungen der Anforderungen an die Behandlung unterrichten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 11

Grundlagen und Ziele

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in den Anlagen 6a und 6b relevante Ziele, die durch die Qualitätssicherung angestrebt werden, vereinbart. Hierzu gehören insbesondere die Bereiche

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,

- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungssektoren nach den Anlagen 9 und/ oder 11 Ziffer 1.6 der RSAV.,
- Einhaltung der in Verträgen zu vereinbarenden Anforderungen an die Strukturqualität nach den Anlagen 1a, 1b oder 2a, 2b,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentation gemäß der Ziffer 2 der Anlagen 9 und/ oder 11 der RSAV,
- aktive Teilnahme des Versicherten.

§ 12

Maßnahmen und Indikatoren

1. Ausgehend von Ziffer 2 der Anlagen 9 und 11 der RSAV sind im Rahmen dieser Disease-Management-Programme Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlagen 6a und 6b zur Erreichung der Ziele nach § 11 zugrunde zu legen.

2. Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:
 - Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungenfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 - strukturiertes Feedback auf der Basis der Dokumentationsdaten für die teilnehmenden koordinierenden Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln kann ein geeignetes Feedbackverfahren für teilnehmende Leistungserbringer sein,
 - Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

3. Im Hinblick auf Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der aktiven und regelmäßigen Teilnahme der Versicherten entsprechend den Anlagen 6a und 6b werden die Krankenkassen den Versicherten individuell und anlassbezogen informieren. Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch diese Regelung ein Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis nicht erfolgt.

4. Die Krankenkassen informieren die KVHB über die von ihnen durchgeführten Maßnahmen nach Abs. 3 und stellen ggf. verwendetes Informationsmaterial und Musterschreiben vorab zur Kenntnis zur Verfügung.

5. Zur Auswertung werden die in den Anlagen 6a und 6b fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen und Leistungsdaten der Krankenkassen und den Abrechnungsdaten der KVHB ergeben.

§ 13

Durchführung der Qualitätssicherung

1. Gemäß der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Qualitätsziele, der Qualitätsindikatoren sowie der Auslösealgorithmen sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen von den im folgenden genannten Institutionen durchzuführen.
2. Die gemeinsame Datenstelle gemäß § 25 sichert mit der Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität die Qualität der Dokumentation und übernimmt mit der Nachforderung fehlender oder implausibler Dokumentationsdaten eine Erinnerungsfunktion gegenüber den dokumentierenden koordinierenden Ärzten.
3. Die KVHB
 - überprüft die Teilnahmevoraussetzungen der Vertragsärzte, der Medizinischen Versorgungszentren und der ermächtigten Ärzte;
 - unterstützt die mindestens einmal jährlich stattfindenden strukturierten DMP-Qualitätszirkel der Leistungserbringer;
 - berichtet der gemeinsamen Einrichtung nach § 26 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Qualitätssicherung.
4. Die Krankenkassen
 - erinnern die eingeschriebenen Versicherten an notwendige Nachsorge- und Behandlungstermine, wenn der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme aufgrund der von der gemeinsamen Datenstelle an die Krankenkasse gemeldeten Daten gemäß § 25 Abs. 3 fehlt;
 - informieren anlassbezogen und individuell entsprechend der in den Anlagen 6a und 6b beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ihre eingeschriebenen Versicherten;
 - berichten der gemeinsamen Einrichtung gemäß § 26 in regelmäßigen Abständen über die Ergebnisse der Erinnerungsmaßnahmen und berücksichtigen die Vorschläge der gemeinsamen Einrichtung zur Weiterentwicklung der Maßnahmen.
5. Die Gemeinsame Einrichtung
 - wertet die ihr gemäß § 25 Abs. 2 übermittelten Dokumentationsdaten nach Maßgabe der in den Anlagen 6a und 6b festgelegten Kriterien arztbezogen aus und übermittelt den Leistungserbringern dazu regelmäßig strukturierte Berichte über die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten. Die Berichte unterstützen die teilnehmenden Vertragsärzte auch hinsichtlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
 - wertet die Berichte der KVHB und der Krankenkassen aus und entwickelt Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung.
6. Die durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in geeigneter Weise, z. B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften, Fachpresse oder Ärztezeitung regelmäßig, mindestens einmal jährlich, öffentlich dargelegt.

§ 14

Fortbildung und Schulung der Leistungserbringer

1. Die teilnehmenden Krankenkassen und die KVHB informieren gemeinsam in geeigneter Weise die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte, die Medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte gemäß §§ 3 und 4 umfassend über Ziele und Inhalte dieser Disease-Management-Programme Asthma bzw. COPD. Die Verbände der Krankenkassen stellen hierfür schriftliches Informations- und Schulungsmaterial zur Verfügung, das den Vorgaben der RSAV in der jeweils gültigen Fassung entspricht. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Vertragsärzte, die bestätigen den Erhalt der Informationen und deren Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 6.
2. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Leistungserbringer gemäß §§ 3, 4 dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert nach Beratung mit der gemeinsamen Einrichtung nach § 26 die über die in den Anlagen 1a, 1b, 1c, 1d, sowie 2a/ 2b hinausgehenden Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung/ DMP-Qualitätszirkel der Leistungserbringer.
3. Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind entsprechend §§ 3 und 4 gegenüber der KVHB nachzuweisen. In diese Fort- und Weiterbildungsprogramme müssen die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einbezogen werden.
4. Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen in anderen Krankheitsbildern ebenfalls erforderlich sind, müssen für diese nicht wiederholt werden.

§ 15

Vertragsmaßnahmen

1. Im Rahmen dieser strukturierten Behandlungsprogramme werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die mit der Durchführung dieses strukturierten Behandlungsprogramms beauftragten Leistungserbringer gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
2. Verstößt der Vertragsarzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. verbunden mit der Auflage, fehlende Unterlagen bzw. Fortbildungsnachweise binnen einer von der KVHB zu bestimmenden Frist nachzureichen. Der Vertragsarzt wird darauf hingewiesen, dass ihm der Entzug der Teilnahmegenehmigung bei nicht rechtzeitiger Vorlage der Unterlagen droht.

- Verstößt ein Vertragsarzt, ein Medizinisches Versorgungszentrum oder ein ermächtigter Arzt wiederholt gegen Pflichten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben oder werden fehlende Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, wird die Genehmigung zur Teilnahme an dieser Vereinbarung von der KVHB im Einvernehmen mit den übrigen Vertragspartnern entzogen. Der Entzug der Teilnahme ist auch auf begründeten Antrag eines Vertragspartners oder der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner möglich. Einen erneuten Teilnahmeantrag kann der Vertragsarzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt frühestens nach 2 Quartalen, die dem Entzug der Teilnahme folgen, stellen. Im Wiederholungsfall kann dauerhaft ausgeschlossen werden.

Abschnitt V

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16

Teilnahmevoraussetzungen

1. Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung entsprechend dieses Vertrags teilnehmen, sofern folgende Einschreibekriterien erfüllt sind:

Teilnahme am Programm zu Asthma bronchiale:

- die Diagnose des Asthma bronchiale gemäß Anlage 9 Ziffer 1.2 der RSAV gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 9 Ziffer 3.2 der RSAV erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28 f Abs. 2 die Daten zur Pseudonomysierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in Anlage 9 Ziffer 1.3 der RSAV genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Nach zwölfmonatiger Symptombfreiheit ohne asthmaspezifische Therapie soll die Ärztin oder der Arzt prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 der Anlage 9 der RSAV genannten Therapieziele weiterhin von einer Einschreibung in das Programm profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Versicherte unter 5 Jahren können nicht in Teil I (Asthma bronchiale) des strukturierten Behandlungsprogramms eingeschrieben werden.

Teilnahme am Programm zu COPD

- die Diagnose COPD gemäß Anlage 11 Ziffer 1.2 gesichert ist und der Versicherte die speziellen Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 11 Ziffer 3.2 der RSAV erfüllt,
- die schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, die umfassende, auch schriftliche Information der Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an die Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 28 f Abs. 2 die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können, über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme, die Möglichkeit des Widerrufs ihrer Einwilligung, ihrer Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat,
- der Versicherte von der Einschreibung im Hinblick auf die in **Anlage 11** Ziffer 1.3 der RSAV genannten Therapieziele profitiert und
- der Versicherte aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

Versicherte unter 18 Jahren können nicht in Teil II (COPD) des strukturierten Behandlungsprogramms eingeschrieben werden.

2. Gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen, dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen. Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele der Anlage 9 und 11 RSAV von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten nach Aufklärung über Nutzen und Risiken.
3. Die Teilnahme schränkt die freie Arztwahl nach § 76 SGB V nicht ein.

4. Eine gleichzeitige Teilnahme des Versicherten an einem Programm zu Asthma bronchiale und COPD ist nicht möglich.

§ 17

Information und Einschreibung

1. Die Krankenkassen werden zur Unterstützung der Leistungserbringer ihre Versicherten entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise, insbesondere durch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung, Datenschutzinformation und Patienteninformation entsprechend der Anlage 10a bzw. 10b, über das Behandlungsprogramm und seine Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 9 und/ oder 11 Ziffer 3.1 bis 3.2 der RSAV informieren. Der Versicherte bestätigt den Erhalt und die Kenntnisnahme der Informationen auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
2. Die koordinierenden Ärzte, die gemäß § 3 teilnehmen, informieren entsprechend § 28 d Abs. 1 Nr. 3 RSAV ihre nach § 16 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese Versicherten können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 bei diesem koordinierenden Arzt einschreiben.
3. Für die Einschreibung des Versicherten in das Disease-Management-Programm Asthma bzw. COPD sind neben der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 18 folgende Unterlagen notwendig:
 - die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - die Bestätigung auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass für den vorgeannten Versicherten die Diagnose entsprechend der Erstdokumentation gesichert ist und die weiteren Einschreibekriterien überprüft sind. Insbesondere erklärt der koordinierende Arzt, dass er geprüft hat, ob sein Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlagen 9 und/ oder 11 der RSAV genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.
4. Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Arzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. mit den Anlagen 10 und 12 der RSAV plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 25 weiterleitet.. Die Krankenkasse wirkt daraufhin, dass der Versicherte nur von einem koordinierenden Arzt betreut wird.
5. Der Versicherte kann sich auch bei den Krankenkassen in das Behandlungsprogramm einschreiben. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden Vertragsarzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden.

6. Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 3 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten die Teilnahme am Behandlungsprogramm unter der Angabe des Eintrittsdatums.
7. Der koordinierende DMP-Arzt wird von der gemeinsamen Datenstelle über den Beginn und das Ende der Teilnahme eines Versicherten am Programm informiert.
8. Soweit einer an diesen Disease-Management-Programmen teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

§ 18

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das jeweilige Disease-Management-Programm entsprechend § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erklärt sich der Versicherte auf der jeweiligen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlagen 10a/ 10b zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der erforderlichen Daten bereit. Die Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres wird durch ihre gesetzlichen Vertreter abgegeben.

§ 19

Beginn und Ende der Teilnahme des Versicherten

1. Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 17 erstellt wurde.
2. Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang der Kündigungserklärung aus dem Programm aus.
3. Die Teilnahme des Versicherten endet
 - mit dem Tag des Endes der Program Zulassung,
 - mit dem Tag des Widerrufs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (maßgebend ist das Zugangsdatum bei der Krankenkasse),
 - mit dem Tag des Kassenwechsels oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs (§ 19 SGB V),
 - mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an 2 veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
 - mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentation nach Anlage 2 i.V.m. den Anlagen

10 und 12 der RSAV, die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28 f Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 RSAV genannten Frist übermittelt worden sind,

- mit dem Tag des Wegfalls der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.
4. Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 16 vorliegen.
 5. Die Krankenkasse informiert den Versicherten und den koordinierenden Arzt unverzüglich schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

§ 20

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 § 25. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend beim Ausscheiden eines koordinierenden Arztes.

§ 21

Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KVHB bei Bedarf in elektronischer Form eine Liste mit den Krankenversicherten-Nummern für die gemäß § 17 eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

§ 22

Information und Schulung der Versicherten

1. Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma bronchiale und COPD. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die KVHB erhält zur Information vorab die von den teilnehmenden Kassen verwendeten Patienteninformationen als Muster.
2. Weitere schriftliche Unterlagen für Versicherte dieses Vertrages erstellen die teilnehmenden Krankenkassen unter Beachtung der zwischen den Partnern des Vertrages vereinbarten Vertragsinhalte.
3. Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm nach Anlage 11a oder 11b. Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und der Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

4. In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 10 einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.
5. Im Rahmen der Disease-Management-Programme Asthma bronchiale und COPD werden folgende beschriebene Schulungsprogramme gem. der Anlagen 11a und 11b eingesetzt, da für diese Schulungen der Nachweis entsprechend Absatz 3 Satz 1 erbracht wurde:
 - **Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen** der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.
 - **Die Ambulante Fürther Asthmaschulung** (AFAS, eine Fortentwicklung bzw. Variation von NASA = Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker)
 - **Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem** (AFBE, eine Umbenennung von COBRA)
 - **Atemtherapie – Training – Ernährung – Medikation Ein Selbstmanagement-Programm für COPD Patienten (ATEM)**

Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese gegenüber dem BVA der Nachweis entsprechend Absatz 3 Satz 1 erbracht wurde.

Die Schulungsprogramme betreffend sind die medizinischen Inhalte der RSAV insbesondere der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie einzubeziehen. Weiterhin muss bei den Schulungen auf die Inhalte, die der RSAV widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VI

Arbeitsgemeinschaft / gemeinsame Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

§ 23

Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 24

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

1. Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28 f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVHB und die nach

§ 26 gebildete Gemeinsame Einrichtung für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.

2. Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die gemeinsame Datenstelle gem. § 25 mit der Durchführung der im Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25

Gemeinsame Datenstelle

1. Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen eine gemeinsame Datenstelle.
2. Die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragt die gemeinsame Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV und Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 - Pseudonymisierung des Versichertenbezugs der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die KVHB,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug in weiterverarbeitungsfähiger Form an die Gemeinsame Einrichtung nach § 26.
3. Die teilnehmenden Krankenkassen beauftragen die gemeinsame Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Entgegennahme, Prüfung auf Vollständigkeit und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse,
 - Entgegennahme, Erfassung und Prüfung auf Vollständigkeit sowie Plausibilität der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV (Erst- und Folgedokumentation) an die jeweilige Krankenkasse.
4. Die gemeinsame Datenstelle kann im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung nach § 26 weitere Aufgaben übernehmen.
5. Das Nähere zu den Absätzen 2 und 3 regeln jeweils die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der gemeinsamen Datenstelle in gesonderten Verträgen nach § 80 SGB X, die Bestandteil dieser Vereinbarung sind.

6. Der Vertragsarzt, das Medizinische Versorgungszentrum oder der ermächtigte Arzt nach § 3 genehmigen den in ihrem Namen mit den Krankenkassen, der Arbeitsgemeinschaft und der gemeinsamen Datenstelle geschlossenen Vertrag. Sie beauftragen die gemeinsame Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 - Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 - Nachforderung unvollständiger oder unplausibler Angaben,
 - Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.Seine Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der von ihm an die gemeinsame Datenstelle übertragenen Aufgaben überträgt er an die KVHB.
7. Die KVHB teilt den Leistungserbringern gemäß § 3 Name und Anschrift der beauftragten gemeinsamen Datenstelle mit.

§ 26

Gemeinsame Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einem gesonderten Vertrag geregelt.

§ 27

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

1. Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlagen 6a und 6b durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:
 - die Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV,
 - die Pseudonymisierung des Arztbezugs und die Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 28g RSAV und

- die Beratung der KVHB und der Vertragspartner im Hinblick auf den Ausschluss der in §15 Genannten.
2. Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des § 80 SGB X die nach § 25 gemeinsame Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung vertraglich gesicherter Kontroll- und Weisungsrechte nach.

Abschnitt VII

Datenfluss und Datenverwendung

§ 28

Erst- und Folgedokumentation

1. Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischen Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen die in Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV (Anlage 8) aufgeführten Angaben und werden für die Durchführung der in den §§ 28b bis 28g RSAV genannten Maßnahmen genutzt. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
2. Dokumentationen der Anlage 8 werden unter Berücksichtigung der empfohlenen Dokumentationsfrequenzen erstellt und innerhalb von 10 Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums an die gemeinsame Datenstelle nach § 25 versandt.
3. Der Versicherte wird schriftlich über die übermittelten Daten informiert. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 28 a

Elektronische Dokumentation (eDMP)

Mit dem Ziel, die Arbeitsabläufe in der Arztpraxis zu vereinfachen und Datenflüsse zu optimieren, ermöglichen die Vertragspartner den koordinierenden Ärzten eine elektronische Dokumentation und Übermittlung zur Datenstelle nach § 25. Einzelheiten zum Verfahrensablauf sind in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 29

Datenzugang

1. Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVHB und den Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Datenschutzrechtliche Bestimmungen sind zu beachten.

2. Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 2 i. V. m. den Anlagen 10 und 12 der RSAV ausschließlich für die in § 13 und in den Anlagen 6a und 6b beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden. Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm und die in § 13 und in den Anlagen 6a und 6b beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-/ Patientenverhältnisses stattfindet.
3. Die Regelungen in Absatz 2 gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung der Disease-Management-Programme bis zum Ende der in § 30 genannten Aufbewahrungsfrist.

§ 30

Datenaufbewahrung und -löschung

1. Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den koordinierenden Arzt übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVHB und die gemeinsame Einrichtung von der gemeinsamen Datenstelle archiviert. Die Aufbewahrungsfrist für Originaldokumente und die Daten beträgt sieben Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr. Die Originaldokumente und die Daten werden nach Ablauf dieser Frist von der gemeinsamen Datenstelle vernichtet.
2. Die zum Zwecke der Erst- und Folgedokumentationen erhobenen Daten werden gemäß der in § 28f RSAV (in der jeweils gültigen Fassung) für die Aufbewahrung der Daten genannten Fristen aufbewahrt und nach Ablauf dieser Fristen gelöscht.
3. Die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen erhalten Zugang zu den Originaldokumenten bei der gemeinsamen Datenstelle. Auf Anforderung werden der Aufsichtsbehörde die Originaldokumente zur Verfügung gestellt.

Abschnitt VIII

Evaluation

§ 31 Evaluation

1. Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung des § 28 g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.
2. Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von der Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

3. Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVHB gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und die Daten aus der Erhebung der Lebensqualität.

Abschnitt IX

Vergütung und Abrechnung

§ 32

Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen

Die Vergütung und Abrechnung ist in dem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V geregelt.

§ 33

Vergütung der Schulungen

Die Vergütung und Abrechnung ist in dem gesonderten Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen nach den Verträgen zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f SGB V geregelt.

Abschnitt X

Sonstige Bestimmungen

§ 34

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

1. Die KVHB liefert gemäß § 295 Abs. 2 SGB V quartalsbezogen spätestens nach Erstellung der Honorarbescheide für die Vertragsärzte, die Medizinischen Versorgungszentren und die ermächtigten Ärzte die für das Programm erforderlichen Abrechnungsdaten versicherten- und arztbezogen an die teilnehmenden Krankenkassen.
2. 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.

§ 35

Laufzeit und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am 01.03.2006 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Leistungen und Vergütungen nach diesem Vertrag können erst erbracht bzw. abgerechnet werden, wenn die Vertragspartner die Arbeitsfähigkeit der in den Abschnitten VI und VII benannten Einrichtungen festgestellt haben oder entsprechende Übergangslösungen vereinbaren. Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden. Das Programm und die zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge werden unverzüglich innerhalb eines Jahres nach Änderung der Zulassungsvoraussetzungen gemäß RSAV angepasst. Abweichend davon hat die Anpassung des Programms und der zu seiner Durchführung geschlossenen Verträge an Änderungen der in § 3 Abs. 3 Satz 8 Nr. 3 RSAV genannten Anlagen zum ersten Tag des übernächsten auf das Inkrafttreten der Änderungen folgenden Quartals zu erfolgen.
2. Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme oder der Nicht-Akkreditierung des Programms durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 36

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.

§ 37

Salvatorische Klausel

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

Bremen, den 01.04.2011

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband-Mitte
Landesvertretung Bremen
zugleich für die Knappschaft; Regionaldirektion
Hamburg

IKK gesund plus
zugleich für die Krankenkasse für den
Gartenbau, handelnd als Landesverband für die
Landwirtschaftliche Krankenversicherung in
Bremen

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