

Vereinbarung

über die Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V bei Chronischer Herzinsuffizienz

zwischen

der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen
vertreten durch den Vorstand

dem BKK Landesverband Süd
vertreten durch die Vorständin
für die diesem Vertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen

der IKK classic

den Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel**

**der KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt**

nachstehend „die Krankenkassen in Hessen“ genannt

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
vertreten durch den Vorstand

(nachstehend „KV Hessen“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen

Abschnitt I – Ziele, Geltungsbereich

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

Abschnitt II – Teilnahme der Leistungserbringer

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arzt
- § 4 Aufgaben des DMP-Arzt
- § 5 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils kardiologisch qualifizierten Facharztes bzw. der kardiologisch qualifizierten Einrichtung
- § 6 Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen
- § 7 Antrag auf Teilnahme
- § 8 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KV Hessen
- § 9 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme
- § 10 Leistungserbringerverzeichnis

Abschnitt III – Versorgungsinhalte

- § 11 Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm HI

Abschnitt IV – Qualitätssicherung

- § 12 Grundlagen und Ziele
- § 13 Maßnahmen und Indikatoren
- § 14 Vertragsmaßnahmen

Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

- § 15 Teilnahmevoraussetzungen
- § 16 Information und Einschreibung
- § 17 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 18 Beginn und Ende der Teilnahme
- § 19 Wechsel des DMP-Arzt
- § 20 Versichertenverzeichnis

Abschnitt VI – Schulungen

- § 21 Fortbildung der Ärzte
- § 22 Patientenschulungen

Abschnitt VII – Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

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

Abschnitt VIII – Datenfluss und Datenverwendung

- § 28 Erst- und Folgedokumentationen
- § 29 Datenfluss zur Datenstelle
- § 30 Datenzugang
- § 31 Datenaufbewahrung und -löschung

Abschnitt IX – Evaluation

- § 32 Evaluation

Abschnitt X - Vergütung und Abrechnung

- § 33 Ärztliche Leistungen
- § 34 Sondervergütung

Abschnitt XI – Sonstige Bestimmungen

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

Übersicht der Anlagen

Erläuterungen

Paragrafen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichen beziehen sich auf diese Vereinbarung. 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. Es sind jedoch immer gleichrangig Personen jedweden Geschlechts gemeint.

Ärzte sind an diesem Programm teilnehmende und mitwirkende Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ärztlich geleitete Einrichtungen und ermächtigte Ärzte, sofern sie Leistungen im Rahmen dieses Vertrages erbringen

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

Angestellter Arzt ist ein Arzt mit genehmigter Beschäftigung in einer Arztpraxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum gemäß § 95 Abs. 9 SGB V bzw. § 95 Abs. 1 SGB V

BAS ist das Bundesamt für Soziale Sicherung

DMP sind Disease-Management-Programme, d. h. strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V mit der jeweiligen indikationsspezifischen Bezeichnung unter der sie den Versicherten der Krankenkassen vorgestellt werden

DMP-A-RL ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V in der jeweils gültigen Fassung

DMP-Arzt ist ein Arzt i.S.d. § 3 dieses Vertrages

Dokumentationsdaten Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL sind die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL aufgeführten Daten in der jeweils gültigen Fassung

DS-GVO ist die Datenschutz-Grundverordnung

Facharzt ist ein Arzt i.S.d. § 5 dieses Vertrages

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

HI steht für die Indikation Chronische Herzinsuffizienz

KHK steht für die Indikation Koronare Herzkrankheit

Koordinierender Arzt ist gleichbedeutend mit „DMP-Arzt“

Qualifizierte Einrichtung ist eine Einrichtung, die gemäß Nummer 1.6.1 und/oder 1.6.2 der Anlage 13 der DMP-A-RL für die Leistungen der hausärztlichen und/oder fachärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.

RSAV ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

UE ist eine Unterrichtseinheit

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Mit dem DMP HI soll eine indikationsabhängige, systematische Koordination zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern sowie den Partnern dieser Vereinbarung und eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Versorgung von chronisch kranken Versicherten mit HI gewährleistet werden.
- (2) Versicherte sollen durch Information und Motivation zur aktiven Teilnahme angeregt werden.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP HI sowie die medizinischen Grundlagen ergeben sich aus der DMP-A-RL sowie der RSAV. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag für die am Programm teilnehmenden Versicherten folgende Therapieziele gemäß Anlage 13 Nummer 1.3 der DMP-A-RL an:
 - Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbesondere durch Steigerung/Erhaltung der Belastungsfähigkeit mit dem Ziel einer selbstbestimmten Lebensführung,
 - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung,
 - Reduktion der Sterblichkeit,
 - Vermeidung von Hospitalisationen und
 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten.

§ 2

Geltungsbereich und allgemeine Grundsätze

- (1) Diese Vereinbarung gilt für
 1. Ärzte der KV Hessen, die nach Maßgabe des Abschnitts II dieser Vereinbarung am DMP - persönlich oder durch angestellte Ärzte - teilnehmen.
 2. Versicherte der vertragsschließenden oder beigetretenen Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V dieser Vereinbarung in das DMP eingeschrieben haben.
 3. Versicherte weiterer Krankenkassen, die sich nach Maßgabe des Abschnitts V in das DMP eingeschrieben haben. Die Durchführung des Programms erfolgt für die weiteren Krankenkassen durch die im Rubrum genannten Vertragspartner. Soweit eine der weiteren Krankenkassen die DMP-Regelungen dieser Vereinbarung nicht mehr anerkennt, erfolgt eine Information des DMP-Arzt durch die im Rubrum genannten Vertragspartner.
- (2) Die Vergütungen im Falle des Absatz 1 Nr. 3 erfolgen ggf. im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs, soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Regelungen vorliegen.
- (3) Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 2 i. V. m. § 75 SGB V bleibt unberührt.

- (4) Grundlage dieser Vereinbarung sind die RSAV sowie die DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.
- (5) Die an diesem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Versicherten sind gemäß § 11 zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen des DMP-Arztes

- (1) Die Teilnahme der DMP-Ärzte an diesem DMP ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 7 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt als DMP-Arzt sind Ärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (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 § 7 bestätigt der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 8. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen ist der KV Hessen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (4) Sollen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. das anstellende Medizinische Versorgungszentrum die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß den Anlagen 3 und 4 durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Hessen vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

§ 4

Aufgaben des DMP-Arztes

- (1) Zu den Aufgaben der gemäß § 3 teilnehmenden DMP-Ärzte gehören insbesondere:
 1. die Durchführung und Koordination der Behandlung der Versicherten unter Beachtung der nach § 11 geregelten Versorgungsinhalte und der Kooperationsregeln gemäß Nummer 1.6 der Anlage 13 der DMP-A-RL,
 2. die Information, Beratung und Erstellung der Einschreibeunterlagen der Versicherten gemäß § 16,
 3. die schriftliche oder elektronische Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit Bestätigung der gesicherten Diagnose

sowie der am Ort der Leistungserbringung elektronisch erstellten Dokumentationen entsprechend der Anlage 2 i. V. m. Anlage 14 der DMP-A-RL nach den Abschnitten VII und VIII dieser Vereinbarung unmittelbar nach Erstellung an die Datenstelle. Der Versicherte erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten,

4. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 5. die Motivation der Versicherten, an Schulungen teilzunehmen sowie die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist,
 6. Überweisung zur Auftragsleistung, insbesondere bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.2 der Anlage 13 der DMP-A-RL genannten Indikationen an andere Leistungserbringer entsprechend der Anlage 2. Auf dem Überweisungsschein ist der Vermerk „DMP“ anzubringen,
 7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 13 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP HI teilnehmende Krankenhaus, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
 8. bei Überweisung/Einweisung therapierrelevante Informationen, wie z. B. die medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 9. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln,
 10. bei Wechsel des DMP-Arzt sind dem neuen DMP-Arzt mit Zustimmung des Patienten auf Anforderung alle Patientendaten zu übermitteln,
 11. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 13 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 12. die Berücksichtigung der von der Datenstelle bzw. den Krankenkassen verschickten Reminder über die im jeweiligen Quartal zu erstellenden Folgedokumentationen und Korrektur- sowie Erinnerungsanschriften für eine reguläre Teilnahme des Versicherten,
 13. die Verwendung nur von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierter Software für die elektronische Erstellung der DMP-Dokumentationen. Die Dokumentationen sind vor der Übermittlung mit dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Programm zu verschlüsseln. Der DMP-Arzt ist verpflichtet, die Software nach den Vorgaben des Softwareherstellers laufend zu aktualisieren.
- (2) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 12 des Absatz 1 entsprechend. Im Falle, dass allein der angestellte Arzt die in der Anlage 1 bzw. Anlage 2 näher bezeichneten Voraussetzungen erfüllt, ist nur der angestellte Arzt zur Leistungserbringung im DMP, zu der auch die Dokumentation gehört, berechtigt. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

§ 5

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des jeweils kardiologisch qualifizierten Facharztes bzw. der kardiologisch qualifizierten Einrichtung

- (1) Die Teilnahme der kardiologisch qualifizierten Fachärzte an diesem Programm ist freiwillig. Die Teilnahme setzt die Genehmigung der KV Hessen gemäß § 7 voraus.
- (2) Teilnahmeberechtigt für die kardiologisch qualifizierte Versorgung sind Fachärzte, die die Voraussetzungen der Anlage 2 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.
- (3) In Ausnahmefällen kann ein an der vertragsärztlichen Versorgung und am DMP HI gemäß § 5 Abs. 2 teilnehmender kardiologisch qualifizierter Facharzt oder qualifizierte Einrichtung nach Anlage 2 auch koordinierend tätig sein. Die Ausnahmefälle sind möglich, insbesondere wenn Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt dauerhaft (mindestens 12 Monate) betreut worden sind oder die Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Insofern ein nach § 5 teilnehmender Arzt koordinierend tätig ist, hat er zusätzlich zu den Aufgaben nach § 5 Abs. 6 die Aufgaben des koordinierenden Arztes gemäß § 4 Abs. 1 zu erfüllen.
- (4) 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 § 7 bestätigt der (anstellende) Arzt bzw. der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums, dass die arzt- und betriebsstättenbezogenen Strukturvoraussetzungen erfüllt sind und weist diese zu Beginn der Teilnahme nach. Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt entsprechend § 8. Der Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 2 sind der KV Hessen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- (5) 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 Teilnahmevoraussetzungen durch den angestellten Arzt gegenüber der KV Hessen nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KV Hessen vom anstellenden Arzt bzw. dem Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums unverzüglich schriftlich mitgeteilt.
- (6) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten Fachärzte gehören insbesondere:
 1. die Mit- und Weiterbehandlung der am DMP teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 11 geregelten Versorgungsinhalte; die Terminvergabe zur Mit- und Weiterbehandlung erfolgt innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung. Sofern länger als ein Quartal eine begründete Mit- und Weiterbehandlung des Versicherten erfolgt, sind an den koordinierenden Arzt je Behandlungsfall therapierelevante Informationen zu übermitteln,
 2. die Beachtung der Qualitätsziele nach § 12 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 3. die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 22, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KV Hessen entsprechend nachgewiesen ist,
 4. soweit für die Behandlung des Versicherten erforderlich, die Überweisung an andere Fachärzte gemäß Nummer 1.6 der Anlage 13 DMP-A-RL. Im Übrigen entscheidet der Facharzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung,
 5. die Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden DMP-Arzt innerhalb von 6 Monaten,

6. die Übermittlung therapierelevanter Informationen an den koordinierenden DMP-Arzt nach § 3, zur rechtzeitigen Erstellung der Dokumentation,
 7. bei Vorliegen der unter Nummer 1.6.3 der Anlage 13 der DMP-A-RL genannten Indikationen eine Einweisung zur stationären Behandlung in das (nächstgelegene) geeignete am DMP HI teilnehmende Krankenhaus, unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur vorzunehmen und den DMP-Arzt hiervon zu unterrichten. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes geeignete Krankenhaus erfolgen,
 8. bei Erwägung einer Rehabilitationsmaßnahme, insbesondere bei unter Nummer 1.6.4 der Anlage 13 der DMP-A-RL genannten Indikationen, die Antragstellung dieser Maßnahme über die Krankenkasse zu initiieren. Der Rehabilitationsträger bestimmt Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung dieser Maßnahme und damit auch die Einrichtung. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB V, SGB VI und SGB IX,
 9. bei Überweisung an andere Ärzte therapierelevante Informationen, wie z.B. medikamentöse Therapie, zu übermitteln und einzufordern,
 10. grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme und Mitwirkung an DMP-bezogenen Qualitätszirkeln.
- (7) Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, gelten die Ziffern 1 bis 10 des Absatzes 6 entsprechend. Der anstellende Arzt hat für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL bzw. der RSAV Sorge zu tragen.

§ 6

Teilnahme von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen

Die Einbindung von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen in das DMP HI zur stationären Versorgung teilnehmender Versicherter wird in separaten Verträgen geregelt. Dabei wird die Beachtung der Anforderungen der DMP-A-RL und der RSAV sichergestellt.

§ 7

Antrag auf Teilnahme

Der Vertragsarzt, der Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums bzw. der ermächtigte Arzt erklären sich unter Angabe ihrer Funktion als DMP-Arzt nach § 3 oder als fachärztlich tätiger Arzt nach § 5 gegenüber der KV Hessen schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß den Anlagen 3 oder 4 zur Teilnahme am DMP HI bereit.

§ 8

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Genehmigung durch die KV Hessen

- (1) Die KV Hessen überprüft die Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der jeweiligen Strukturqualität gemäß der Anlagen 1 bzw. 2 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderlichen Genehmigungen.
- (2) Die KV Hessen überprüft darüber hinaus die Schulungsberechtigung gemäß der Anlage 3, für die teilnehmenden Ärzte nach § 3 und § 5 und erteilt bei Erfüllung schriftlich die erforderliche Genehmigung.

§ 9

Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme der Ärzte gemäß § 3 bzw. § 5 am DMP beginnt, vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme, mit dem Tag der Unterschrift des Antrags gemäß der Anlage 3 oder Anlage 4 frühestens jedoch mit Vertragsbeginn. Die Teilnahme wird schriftlich durch die KV Hessen bestätigt.
- (2) Der Arzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Hessen kündigen. Die Kündigungsfrist (Eingang bei der KV Hessen) beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Die Teilnahme an dieser Vereinbarung endet mit dem Ende der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ruht während des Ruhens der Zulassung.
- (4) Die Teilnahme am Programm endet ferner mit dem rechtskräftigen Widerruf der Genehmigung durch die KV Hessen, wenn die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vorliegen.
- (5) Endet die Teilnahme eines DMP-Arztes, können die Krankenkassen die hiervon betroffenen Versicherten auf andere am DMP HI teilnehmende DMP-Ärzte aufmerksam machen, um gegebenenfalls einen Arztwechsel gemäß § 19 zu ermöglichen.
- (6) 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 noch eine Zulassung für die besondere Leistungserbringung besteht und noch durchgeführt werden kann. Die Teilnahme beginnt erneut mit dem Datum der Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes. Die Neuanstellung ist nachzuweisen mit dem in der Anlage 4 beigefügten Formular.
- (7) Die KV Hessen informiert die beteiligten Vertragspartner bei Zugang von Kündigungen und über das Ende der Teilnahme.

§ 10

Leistungserbringerverzeichnis

- (1) Über die teilnehmenden und ausgeschiedenen Ärzte gemäß den §§ 3 und 5 führt die KV Hessen ein Verzeichnis entsprechend der Anlage 5. Dieses Verzeichnis enthält ebenfalls die bei teilnehmenden Ärzten und zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte, sofern sie Leistungen im DMP HI erbringen. Die KV Hessen stellt dieses Verzeichnis den Vertragspartnern entsprechend der Anlage 5 „Leistungserbringerverzeichnis“ bei jeder Änderung, insbesondere zu Ein- und Austritt der Ärzte oder bei einer Änderung der lebenslangen Arztnummer schnellstmöglich, mindestens einmal wöchentlich, aktualisiert in elektronischer Form zur Verfügung.
- (2) Über die am DMP HI teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen führen die Krankenkassen/-verbände in Hessen ein Verzeichnis. Dieses Verzeichnis wird der KV Hessen in elektronischer Form (z.B. als Excel-Datei) zur Information der am DMP HI teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt.
- (3) Die Verzeichnisse nach Absatz 1 und 2 stellen die Krankenkassen dem BAS beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BAS

bzw. den zuständigen Aufsichtsbehörden im Rahmen der regulär stattfindenden Vertragsanpassungen (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.

- (4) Weiterhin werden die Verzeichnisse auf Anforderung folgenden Personenkreisen zur Verfügung gestellt:
1. den an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzten sowie den bei diesen angestellten Ärzten, sofern sie Leistungen im Rahmen dieser Vereinbarung erbringen durch die KV Hessen,
 2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten, insbesondere bei Neueinschreibung durch die jeweilige Krankenkasse,
 3. auf Anforderung den am DMP HI teilnehmenden Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen durch die Krankenkassen in Hessen,
 4. den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse,
 5. der Datenstelle nach § 27 durch die KV Hessen.
- (5) Das Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 5 kann von den Vertragspartnern zu Informationszwecken auch im Internet veröffentlicht werden. Die Zustimmung des Arztes hierzu wird mit der Teilnahmeerklärung gemäß der Anlagen 3 und 4 erteilt.

Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 11

Medizinische Anforderungen an das Disease-Management-Programm HI

Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 13 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 13 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen an die medizinische Behandlung von der KV Hessen unterrichtet. Die teilnehmenden Ärzte sind zur Beachtung dieser Versorgungsinhalte verpflichtet. Erfolgt die Leistungserbringung durch einen angestellten Arzt, hat der anstellende Arzt für die Beachtung der Vorschriften und der Anforderungen der DMP-A-RL Sorge zu tragen. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 12 Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind die in der Anlage 6 genannten Ziele. Zu diesen gehören insbesondere die:

1. Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2, Nr. 1 SGB V und Anlage 13 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
2. Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
3. Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß der Anlage 13 der DMP-A-RL,
4. Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß den §§ 3 und 5,
5. Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentationen gemäß Anlage 14 i.V.m. Anlage 2 der DMP-A-RL,
6. aktive Teilnahme der Versicherten.

Kontrollmaßnahmen werden durch die Gemeinsame Einrichtung beschlossen.

§ 13 Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Entsprechend der Nummer 2 der Anlage 13 der DMP-A-RL bzw. ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses DMP die Maßnahmen und Indikatoren gemäß der Anlage 6 zur Erreichung der Ziele zugrunde zu legen. Über Einzelheiten verständigen sich die Vertragspartner im Rahmen der Gemeinsamen Einrichtung.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend Anlage 13 bzw. § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte und Leistungserbringer,
 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten an die DMP-Ärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; dazu kann auch die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln gehören,
 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten,
 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.
- (3) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

§ 14 Vertragsmaßnahmen

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, ihnen bekannt gewordene Vertragsverstöße der teilnehmenden Ärzte der Gemeinsamen Einrichtung zu melden.
- (2) Verletzen die nach § 3 oder § 5 teilnehmenden Ärzte die sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Verpflichtungen, erfolgen im Einzelfall die nachstehenden Maßnahmen:
 1. keine Vergütung für unvollständige, unplausible oder nicht fristgerecht übermittelte Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen,
 2. schriftliche Aufforderung durch die KV Hessen zur Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen, ggf. Angebot eines Beratungsgespräches durch die KV Hessen (z.B. bei fortgesetzter nicht fristgerechter bzw. keiner Übersendung der Dokumentationen),
 3. bei weiteren nachgewiesenen Verletzungen der sich aus diesem Vertrag ergebenden Verpflichtungen, auf begründeten Antrag eines Vertragspartners, Widerruf der Teilnahmegenehmigung des Arztes durch die KV Hessen (Ausschluss).

Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung des Versicherten

§ 15 Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Versicherte der Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die nachfolgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:
 1. Die Diagnose HI ist gemäß Nummer 1.2 und 3.2 der Anlage 13 der DMP-A-RL gesichert.
 2. Der Versicherte erteilt einmalig die schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17.
 3. Der Versicherte erhält umfassende, auch schriftliche oder elektronische Informationen
 - über die Programminhalte,
 - über die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie die Dauer der Aufbewahrung seiner Daten, insbesondere darüber, dass Befunddaten an seine Krankenkasse übermittelt werden und von ihr im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms verarbeitet und genutzt werden können, und dass in den Fällen des § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr.1a RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezugs einer Arbeitsgemeinschaft oder von dieser beauftragten Dritten übermittelt werden können,
 - über die Aufgabenverteilung und Versorgungsziele,
 - die Freiwilligkeit seiner Teilnahme,
 - die Möglichkeit des Widerrufs seiner Einwilligung,
 - über 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 nach § 76 SGB V ein.

§ 16

Information und Einschreibung

- (1) Die Krankenkassen informieren ihre Versicherten entsprechend der DMP-A-RL in geeigneter Weise über das DMP.
- (2) Der DMP-Arzt informiert entsprechend der DMP-A-RL seine nach § 15 teilnahmeberechtigten Patienten. Diese können sich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 bei einem DMP-Arzt einschreiben.
- (3) Für die Einschreibung des Versicherten in das DMP sind neben der unterschriebenen Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 17 folgende Unterlagen notwendig:
 1. die vollständigen Daten der Erstdokumentation gemäß der Anlage 2 i. V. m. Anlage 14 der DMP-A-RL durch den behandelnden DMP-Arzt,
 2. die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den DMP-Arzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung.
- (4) Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte DMP-Arzt an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 14 der DMP-A-RL plausibel und fristgerecht an die Datenstelle nach § 27, entsprechend den Vorgaben nach § 4, weiterleitet.
- (5) Wenn der Versicherte die Einschreibekriterien mehrerer, der in der DMP-A-RL des G-BA genannten, Erkrankungen erfüllt, kann er an verschiedenen DMP teilnehmen, sofern diese sich nicht ausschließen.
- (6) Eine gleichzeitige Einschreibung in ein DMP HI und ein DMP KHK ist nicht möglich.
- (7) Besteht neben der HI eine KHK bzw. handelt es sich um eine HI als Folge einer KHK, sollte in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf der DMP-Arzt abwägen, von welchem der beiden DMP-Programme der Versicherte stärker profitiert. Danach ist die Entscheidung für die Einschreibung in das jeweilige DMP zu treffen.
- (8) Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich grundsätzlich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden, um die Koordination und Synchronisation mehrerer Programme sicherzustellen. Die Krankenkassen wirken darauf hin, dass sich der Versicherte für jeweils eine Diagnose, für die ein DMP vertraglich vereinbart ist, nur bei einem DMP-Arzt einschreibt. Dies gilt auch beim Wechsel des DMP-Arzt.
- (9) Der Versicherte kann auch bei der Krankenkasse in seine Teilnahme am Behandlungsprogramm einwilligen. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an seinen behandelnden DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Absatz 3 erstellt und weitergeleitet werden können.
- (10) Soweit ein an dem DMP teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am DMP teilnehmen möchte, sind die nach Absatz 3 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

- (11) Nachdem der Krankenkasse alle Unterlagen entsprechend Absatz 3 vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem DMP-Arzt die Teilnahme des Versicherten am DMP unter Angabe des Eintrittsdatums.

§ 17

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend der DMP-A-RL i.V.m. § 24 Abs. 1 Nr. 3 RSAV und der damit verbundenen Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß der Anlage 7 zur Teilnahme an dem DMP bereit und willigt einmalig schriftlich oder elektronisch in die damit verbundene Verarbeitung seiner Daten (insbesondere auch seiner Behandlungsdaten) ein.

§ 18

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am DMP beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen oder elektronischen Bestätigung durch die Krankenkassen gemäß § 16 Abs. 11 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 16 Absatz 3 erstellt wurde.
- (2) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit kündigen und/oder seine Einwilligung gemäß der Anlage 7 „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“ jederzeit in Textform gegenüber seiner Krankenkasse widerrufen. Der Versicherte scheidet, sofern er keinen späteren Termin für sein Ausscheiden bestimmt, mit Eingang des Widerrufschreibens bzw. des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus dem Vertrag aus.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten am DMP HI endet weiterhin mit dem Tag der letzten gültigen Dokumentation bei Wegfall der Einschreibe-/Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 2 RSAV, weil
- der Versicherte die Voraussetzungen für eine Einschreibung nicht mehr erfüllt oder
 - er innerhalb von zwölf Monaten zwei der veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung nicht wahrgenommen hat oder
 - zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 14 der DMP-A-RL, nicht innerhalb von sechs Wochen nach Ablauf der in § 25 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1a RSAV genannten Frist übermittelt worden sind.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet außerdem mit dem Tag
- der dauerhaften Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V
 - des Zugangs des Widerrufs der Einwilligungserklärung bei der Krankenkasse
 - an dem die Versicherung bei der Krankenkasse beendet wird bzw. mit dem Tag des Krankenkassenwechsels unter Beachtung der Regelungen des § 24 Abs. 3 RSAV.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse informiert den Versicherten und den DMP-Arzt unverzüglich schriftlich oder elektronisch über das Ausscheiden des Versicherten aus dem DMP.
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 15 vorliegen.

§ 19 Wechsel des DMP-Arztes

Es steht dem Versicherten frei, seinen DMP-Arzt zu wechseln. Der neu gewählte DMP-Arzt erstellt die Folgedokumentation und sendet diese innerhalb der in § 4 Absatz 1 Nr. 3 genannten Fristen an die Datenstelle. Die vorgenannte Regelung gilt entsprechend bei Ausscheiden eines DMP-Arztes. Der bisherige Arzt übermittelt dem neuen DMP-Arzt auf Anforderung unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Versicherten die bisherigen Dokumentationsdaten.

§ 20 Versichertenverzeichnis

Die Krankenkassen übermitteln der KV Hessen bei Bedarf eine diagnosespezifische Liste mit den Krankenversichertennummern für die eingeschriebenen Versicherten zu Abrechnungszwecken.

Abschnitt VI Schulungen

§ 21 Fortbildung der Ärzte

- (1) Die Vertragspartner informieren die gemäß den §§ 3 und 5 teilnahmeberechtigten Ärzte umfassend über Ziele und Inhalte des DMP HI. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Ärzte/Medizinischen Versorgungszentren bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 7.
- (2) Fortbildungsmaßnahmen der nach den §§ 3 und 5 teilnahmeberechtigten Ärzte dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele.
- (3) Die Inhalte der Maßnahmen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab.
- (4) Die Vertragspartner definieren nach Beratung in der Gemeinsamen Einrichtung nach § 25 bedarfsorientiert Anforderungen an die für die DMP relevante regelmäßige Fortbildung teilnahmeberechtigter Ärzte.
- (5) Die Fortbildungsmaßnahmen erfolgen gemäß den Inhalten der jeweils gültigen Fassung der DMP-A-RL.
- (6) Die im Rahmen der Strukturqualität geforderten Fortbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind gegenüber der KV Hessen nachzuweisen.

§ 22

Patientenschulung

- (1) Jeder teilnehmende Versicherte soll Zugang zu einem strukturierten evaluierten bzw. noch in der Evaluierung befindlichen, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm gemäß Anlage 8 erhalten. Diese Schulungsprogramme sind ausnahmslos DMP-A-RL konform und vom BAS als verwendungsfähig gelistet. Schulungen dienen gemäß § 4 Abs. 3 DMP-A-RL der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen.
- (2) Zur Schulung gemäß Anlage 8 berechtigt sind Ärzte, die gemäß den Anlagen 3 und 4 die entsprechende Qualifikation nachgewiesen haben. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 8.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie gemäß § 11 einzubeziehen. Weiterhin muss bei Schulungen auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.

Abschnitt VII

Arbeitsgemeinschaft / Datenstelle / Gemeinsame Einrichtung

§ 23

Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

Die Vertragspartner bilden eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

§ 24

Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 S.1 Nr. 1a und 1c RSAV insbesondere die Aufgabe, den bei ihr eingehenden Datensatz gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 14 DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und ihn dann an die KV Hessen und die nach § 25 gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS GVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle gemäß § 27 für die Verarbeitung der in § 28 beschriebenen Daten. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

§ 25

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine oder erweitern die Aufgaben einer bereits bestehenden Gemeinsamen Einrichtung im Sinne des § 25 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere regelt ein gesonderter Vertrag.

§ 26

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:
 1. die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL,
 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL,
 3. die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL,
 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i.V.m. § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach, wobei alle Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf die Daten haben.

§ 27

Datenstelle

- (1) Die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 23 beauftragen eine andere Stelle (Datenstelle) insbesondere mit
 1. der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 (Erst- bzw. Folgedokumentation) der DMP-A-RL gemäß akkreditierter Verfahrensvorgaben,
 2. der Erfassung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL,
 3. der Überprüfung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität sowie der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
 4. der Pseudonymisierung der bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten,
 5. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die jeweilige Krankenkasse,
 6. der Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL mit Arztbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die

Gemeinsame Einrichtung und die KV Hessen, nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß der Anlage 6 „Qualitätssicherung“,

7. der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten gemäß § 16 an die teilnehmenden Krankenkassen in Hessen.

Das Nähere regeln die Krankenkassen in Hessen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen. Sobald eine entsprechende Beauftragung vorgenommen wird, werden die hierzu nach Art. 28 DS-GVO i.V.m. § 80 SGB X notwendigen Verträge dem BAS unmittelbar übermittelt.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des koordinierenden Arztes gemäß § 7 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen von der Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt er die Datenstelle mit folgenden Aufgaben:
 1. Überprüfung der von ihm erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität,
 2. Weiterleitung der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL im Sinne des § 25 Absatz 2 RSAV an die entsprechenden Stellen.
- (3) Nach Beauftragung der Datenstelle teilen die Vertragspartner den Vertragsärzten gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

Abschnitt VIII Datenfluss und Datenverwendung

§ 28 Erst- und Folgedokumentationen

- (1) Die im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassenden und zu übermittelnden Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung (Erst- bzw. Folgedokumentation) enthaltenen Angaben und sind Bestandteil dieser Vereinbarung. Sie 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 nach § 6 DMP-A-RL genutzt. Die teilnehmenden Ärzte werden nach einer Änderung der Anlage 2 oder 14 DMP-A-RL unverzüglich über die geänderten Anforderungen von der KV Hessen unterrichtet. Die allgemeine vertragsärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt hiervon unberührt.
- (2) Der DMP-Arzt legt in seinen Dokumentationen entsprechend der Ausprägung der HI fest, welches Dokumentationsintervall (pro Quartal/jedes zweite Quartal) für den jeweilig eingeschriebenen Versicherten maßgeblich ist.

§ 29 Datenfluss zur Datenstelle

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 7 verpflichtet sich der nach § 3 bzw. nach § 5 Abs. 3 teilnehmende koordinierende Arzt,

1. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL und
2. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL

am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege zu erfassen und unmittelbar nach Erstellung auf elektronischem Wege an die Datenstelle weiterzuleiten. Der Arzt hat vor der Versendung von Dokumentationen sicherzustellen, dass eine unterschriebene Teilnahme- und Einwilligungserklärung vorliegt. Zugleich verpflichtet er sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Tagen an die Datenstelle zu übermitteln.

- (2) Der koordinierende Arzt nach § 3 bzw. nach § 5 Abs. 3 vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern („0“-„9“) bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.
- (3) Der Versicherte willigt gemäß Anlage 7 einmalig in die Datenübermittlung schriftlich oder elektronisch ein und wird schriftlich vom koordinierenden Arzt über die übermittelten Dokumentationsdaten unterrichtet. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten.

§ 30

Datenzugang

Zugang zu den an die Arbeitsgemeinschaft oder Datenstelle, Gemeinsame Einrichtung, KV Hessen und an die DMP-Datenzentren der Krankenkassen übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben innerhalb dieses Programms wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.

§ 31

Datenaufbewahrung und -löschung

- (1) Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden entsprechend der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Version von den jeweils verantwortlichen Stellen oder von diesen beauftragten Dritten entsprechend ihres Verwendungszweckes aufbewahrt. Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2a DMP-A-RL.
- (2) Soweit weitergehende gesetzliche Bestimmungen oder Rechtsverordnungen abweichende Vorgaben zur Aufbewahrung regeln oder die Möglichkeit einer Verlängerung der Aufbewahrungsfrist vorsehen, sind diese vorrangig zu beachten.
- (3) Nach Ablauf der jeweils gültigen Aufbewahrungsfrist sind die Daten unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten, zu löschen.

Abschnitt IX Evaluation

§ 32 Evaluation

- (1) Die Evaluation nach §137f Abs. 4 Satz 1 SGB V wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Regelungen des § 6 DMP-A-RL.
- (2) Die zur 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 X Vergütung und Abrechnung

§ 33 Ärztliche Leistungen

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen im Rahmen der abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe des EBM in seiner jeweils gültigen Fassung und sind mit der durch die Krankenkasse mit befreiender Wirkung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach den §§ 87a - d SGB V abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird. Der Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 72, 75 SGB V bleibt unberührt.

§ 34 Sondervergütung

- (1) Die Abrechnung der im Folgenden beschriebenen Leistungen bedarf der Genehmigung durch die KV Hessen. Soweit diese Genehmigung vorliegt, besteht eine Abrechnungsberechtigung der teilnehmenden Vertragsärzte ab Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zu diesem Behandlungsprogramm.
- (2) Für die vollständig, fristgemäß und plausibel elektronisch gemäß den akkreditierten Verfahrensvorgaben übermittelte Dokumentation entsprechend der Anlage 2 i.V.m. Anlage 14 der DMP-A-RL sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 16 können folgende Vergütungen abgerechnet werden:

Leistung	Vergütung	Gebührenordnungsposition
-----------------	------------------	---------------------------------

<p><u>Einschreibung/Erstdokumentation für das DMP Chronische Herzinsuffizienz</u></p> <p>Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den DMP Arzt</p>	25,- €	92071
<p><u>Folgedokumentation für das DMP Chronische Herzinsuffizienz</u></p> <p>Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt</p>	15,- €	92072
<p><u>Einschreibung/Erstdokumentation (Mehrfacheinschreibung)</u></p> <p>Beratungspauschale für die Einschreibung des Versicherten je weiteres DMP, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den DMP-Arzt</p>	Einmalig je weiteres DMP 10,- €	92073
<p><u>Folgedokumentation (Mehrfacheinschreibung)</u></p> <p>Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch den DMP-Arzt je weiteres DMP</p>	jeweils 7,50 €	92074

- (3) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der (morbiditybedingten) Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität nach § 106d Abs. 3 Nr. 2 SGB V einer gesicherten Diagnose im Sinne von § 24 Abs. 1 Nr. 1 RSAV Voraussetzung.

Wurde vom koordinierenden Arzt „quartalsweise“ als Dokumentationsintervall angegeben, wird je Patient und dokumentiertem Quartal höchstens einmalig die Gebührenordnungsposition 92071 bzw. 92073 oder einmal die Gebührenordnungsposition 92072 bzw. 92074 pro Quartal vergütet.

Wurde vom koordinierenden Arzt jedes zweite Quartal als Dokumentationsintervall angegeben, wird je Patient höchstens einmalig die Gebührenordnungsposition 92071 bzw. 92073 oder einmal die Gebührenordnungsposition 92072 bzw. 92074 in zwei Quartalen vergütet.

- (4) Die Datenstelle erstellt für jedes Quartal je Arzt einen Nachweis der vollständig erbrachten und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KV Hessen innerhalb von maximal zehn Kalendertagen nach Ende des Dokumentationsquartals. Dieser Nachweis ist zunächst allein maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse an die KV Hessen. Stellt eine Krankenkasse fest, dass die Vergütungsvoraussetzungen, z.B. aufgrund einer nicht vertragskonformen Einschreibung nicht erfüllt waren, erfolgt auf Grundlage eines Prüfantrags nach § 106d SGB V eine Rückforderung der zu Unrecht ausgezahlten Vergütung.
- (5) Die Patientenschulungen im Rahmen dieses Vertrages können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 5 erbracht bzw. abgerechnet werden, die eine Abrechnungsgenehmigung für folgende Schulungen von der KV Hessen erhalten haben. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Schulungen wie in der Tabelle dargestellt vergütet.
- (6) Die Schulungen werden je Patient wie folgt vergütet:

Schulungsprogrammbezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Gebührenordnungsposition
Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz	Die Schulung umfasst 5 themenspezifische, sich ergänzende Module à 60 Minuten (Module 1, 3 bis 5) beziehungsweise 75 Minuten (Modul 2) und ist auf eine Gruppengröße von max. 15 Personen ausgelegt. Die Reihenfolge der Module ist aufgrund der aufeinander aufbauenden Inhalte festgelegt.	25,50 Euro	92075
Standardisierte Patientenschulung Herzinsuffizienz	<p>Einzelschulung</p> <p>Genehmigte Nachschulung (max. 2 UE)</p> <p>Wiederholungsschulung <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 9</p> <p>Genehmigte Wiederholungsschulung <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 9</p>	25,50 € je UE/Patient	<p>92075E</p> <p>92075N</p> <p>92075W</p> <p>92075V</p>
Schulungsmaterial für die Patientenschulung	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92076
<p>Anmerkung: Die o.g. Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn entsprechend § 15 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) die Schulungseinheiten durch den Schulungsarzt erbracht worden sind. Eine Unterrichtseinheit, deren Leistungsinhalt gemäß Abs. 6 nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden.</p>			

- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (8) Die Unterrichtseinheiten einer Schulung sind in der Regel innerhalb eines Abrechnungsquartals, maximal aber innerhalb von 2 Quartalen, durchzuführen.
- (9) Schulungen (alle Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), können in einem Zeitraum von acht Quartalen grundsätzlich nicht wiederholt werden. Die KV Hessen stellt in Anwendung des Regelwerks sicher, dass identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen nicht innerhalb dieses Zeitraums erneut abgerechnet werden.
- (10) Wiederholungsschulungen (Wiederholung aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), die in Einzelfällen aus medizinischer Sicht vor Ablauf von 8 Quartalen notwendig sind, bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige

Krankenkasse. In der Abrechnung werden diese Leistungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition zusätzlich mit dem Buchstaben „V“ versehen.

Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition mit dem Buchstaben „W“ versehen.

- (11) Schulungen finden in der in Abs. 6 für die jeweilige Schulung lt. Programmbeschreibung angegebenen Größe der Kleingruppe statt. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung bei Vorliegen der Voraussetzungen zugunsten einer Einzelschulung abgewichen werden. In der Abrechnung werden die Einzel-, Nach und Wiederholungsschulungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition mit dem Buchstaben „E“, „N“, „W“ versehen. Die Kriterien für die Durchführung von Einzel-, Nach- und Wiederholungsschulungen wurden unter den Vertragspartnern in Anlage 9 vereinbart.
- (12) Eine ebenfalls nur in Einzelfällen vorgesehene Nachschulung (max. 2 Unterrichtseinheiten) greift nur einzelne Schulungseinheiten erneut auf, wenn sich herausstellen sollte, dass bestimmte relevante Lerninhalte vom Versicherten noch nicht hinreichend umgesetzt werden können.
Nachschulungen bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Nachschulungen erhält die schulungsspezifische Gebührenordnungsposition den Buchstaben „N“.
- (13) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der (morbiditybedingten) Gesamtvergütung nach §§ 87a - d SGB V. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungsziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität nach § 106d Abs. 3 Ziffer 2 SGB V einer gesicherten Diagnose entsprechend Nummer 1.2 der Anlage 13 der DMP-A-RL Voraussetzung.
Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (14) Die KV Hessen stellt eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gemäß den vorstehenden Absätzen über das Regelwerk sicher. Zur Prüfung des DMP-Teilnahmestatus von Arzt und Patient nutzt die KV Hessen die von der Datenstelle regelmäßig zur Verfügung gestellten Informationen und gewährleistet gegenüber den Krankenkassen(-verbänden) in Hessen somit eine vertragskonforme Abrechnung.
- (15) Die Ausweisung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt im Formblatt 3 ausschließlich in der Kontenart 404 auf Ziffernebene (Ebene 6) in der jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt XI Sonstige Bestimmungen

§ 35

Weitere Aufgaben und Verpflichtungen

- (1) Die Datenübermittlung nach § 295 Abs. 2 Satz 3 SGB V erfolgt gemäß den dazu getroffenen Regelungen des zwischen den GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossenen Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die für Prüfzwecke im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ggf. angeforderten Unterlagen werden von den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt.

§ 36

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag beteiligten Ärzte und Medizinischen Versorgungszentren verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DS-GVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 37

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2026 in Kraft. Die Einschreibung der Versicherten in das DMP startet zum 01.10.2026; ab diesem Zeitpunkt kann die Abrechnung der Vergütungsleistungen erfolgen. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres von jedem Vertragspartner gekündigt werden. Die Kündigung dieses Vertrages durch einen bzw. gegenüber einer Krankenkasse bzw. einem Krankenkassenverband berührt nicht die Fortgeltung dieses Vertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, der DMP-A-RL des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden. Über Änderungen werden die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Form informiert.
- (3) Bei wichtigem Grund kann der Vertrag von jedem Vertragspartner fristlos gekündigt werden. Wichtige Gründe sind Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung oder die Aufhebung der Zulassung durch das BAS, auch aufgrund einer nicht rechtzeitigen oder

für die Aufrechterhaltung der Zulassung mit nicht ausreichendem Ergebnis abgeschlossenen Evaluation des in Anlage 8 enthaltenen Schulungsprogramms. Die Vertragspartner prüfen, ob eine Anschlussregelung getroffen werden kann.

§ 38 Schriftform

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

§ 39 Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an 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 und sonstigen rechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der sonstigen rechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Übersicht der Anlagen

- Anlage 1 Strukturqualität DMP-Arzt**
- Anlage 2 Strukturqualität qualifizierter Facharzt**
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung Leistungserbringer**
- Anlage 4 Ergänzungserklärung Leistungserbringer**
- Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis**
- Anlage 6 Qualitätssicherung**
- Anlage 7 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**
- Anlage 8 Patientenschulungen**
- Anlage 9 Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen**

Bad Homburg v.d.H., den _____

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Frankfurt am Main, den _____

BKK Landesverband Süd

Dresden, den _____

IKK classic

Frankfurt am Main, den _____

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hessen

Kassel, den _____

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Frankfurt am Main, den _____

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt

Frankfurt am Main, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Hessen