

RAHMENVERTRAG
gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V

in der Fassung der 10. Änderungsvereinbarung, in Kraft ab 01.07.2019

zwischen

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover
- der IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden*
* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Abs. 4a SGB V
- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,
Schillerstr. 32, 30159 Hannover

nachfolgend „Verbände“ genannt

und der

Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG)

Thielenplatz 3, 30159 Hannover

nachfolgend „NKG“ genannt

über die stationäre Versorgung im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK)

Inhaltsverzeichnis:

Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich	5
§ 1 Ziele der Vereinbarung	5
§ 2 Geltungsbereich	6
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	7
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors	7
§ 4a Ambulanter Versorgungssektor.....	8
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen.....	8
§ 5 Teilnahmeerklärung	9
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	9
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....	9
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse	10
Abschnitt III Versorgungsinhalte	11
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK.....	11
Abschnitt IV Qualitätssicherung	12
§ 10 Grundlagen und Ziele	12
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	12
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	13
Abschnitt V Schulung und Information	14
§ 13 Leistungserbringer	14
§ 14 Versicherte und Schulungen.....	15
Abschnitt VI Gemeinsame Einrichtung	16
§ 15 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	16
§ 16 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	16
Abschnitt VII Vergütung und Abrechnung	17
§ 17 Vergütung der stationären Leistungen	17
§ 18 Vergütung der Schulungen	17
Abschnitt VIII Sonstige Bestimmungen	19
§ 19 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	19
§ 20 Laufzeit und Kündigung	19
§ 21 Schriftform	20
§ 22 Salvatorische Klausel	20
Übersicht Anlagen	22

Erläuterungen

- „BVA“ ist das Bundesversicherungsamt
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungsrichtlinie
- EU-DSGVO ist die EU-Datenschutzgrundverordnung
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V
- „Gemeinsame Einrichtung“ (GE) ist eine solche i. S. d. §§ 29,30.
- „KHK“ ist die Koronare Herzkrankheit
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung
- „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts

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

Die rechtlichen Grundlagen beziehen sich immer auf die jeweils aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind. Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es sind jedoch immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

PRÄAMBEL

Die Koronare Herzkrankheit (KHK) und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer empfindlichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen.

Etwa 21%¹ der deutschen Bevölkerung versterben an akuten oder chronischen Folgen einer KHK. Allein in Deutschland erleiden mehr als 300.000 Menschen pro Jahr einen Herzinfarkt. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und der Folgekosten hat die koronare Herzerkrankung eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung. Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose der KHK zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, eine adäquate ärztliche Betreuung und einen kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten reduziert werden können. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von KHK-Patienten unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenz-basierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals und spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

Neben der ambulanten Behandlung durch den DMP-Arzt soll die stationäre Behandlung von Patienten mit KHK in Ergänzung des aktuellen und bereits bestehenden Versorgungsangebots der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Niedersachsen im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm, DMP) „Koronare Herzkrankheit“ durch die damit verbundene interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage der §§ 137f. i. V. mit § 137g SGB V.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 15. Änderung (Beschlussfassung vom 17.01.2019). Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Indikationen sollte eine Einweisung von DMP-Patienten in das (nächstgelegene) geeignete, am DMP teilnehmende Krankenhaus unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen und der regionalen Versorgungsstruktur erfolgen. Eine Einweisung aufgrund einer Notfallindikation kann in jedes Krankenhaus erfolgen.

¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Todesursachenstatistik.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele der Vereinbarung

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP KHK und die Einbindung von Krankenhäusern im Bundesland Niedersachsen unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte in eine sektorenübergreifende, indikationsgesteuerte und systematische Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK im Rahmen eines Disease-Management-Programms (DMP) insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen. Einerseits hat der Hausarzt als DMP-Arzt eine zentrale Rolle, andererseits übernehmen die teilnehmenden Krankenhäuser eine zentrale Funktion insbesondere im Bereich der operativen und konservativen Therapie.
- (2) Generell geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der RSAV und in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Anlage 5 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - Reduktion der Sterblichkeit,
 - Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
 - Steigerung der Lebensqualität, insbesondere durch Vermeidung von Angina-Pectoris-Beschwerden sowie Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) zugelassene Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V in Niedersachsen, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zu diesem Vertrag erfüllen.
- b) die Behandlung von Versicherten, die am DMP für KHK-Patienten teilnehmen.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsens gelten. Soweit nicht andere vertragliche Vereinbarungen oder gesetzliche Vorschriften für diese Krankenkassen gelten, muss die jeweils betroffene außerniedersächsische Krankenkasse diesem Vertrag beitreten. Die Programmdurchführung erfolgt nach kassenindividueller Absprache.

(2) Grundlage dieses Vertrages sind die RSAV sowie insbesondere die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsvereinbarungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 20 Abs. 2 dieses Vertrages.

Abschnitt II

Teilnahme der Leistungserbringer

§ 3

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors

- (1) Die Teilnahme der zugelassenen Krankenhäuser an diesem Vertrag ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der Gemeinsamen Einrichtung auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens einen für DMP zuständigen Arzt, der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie sein muss und einen ärztlichen Stellvertreter (siehe Anlage 1). Der Facharzt bzw. sein Stellvertreter ist Ansprechpartner für die im Krankenhaus behandelten DMP-Patienten. In dieser Funktion nimmt er an den interdisziplinären Behandlungsplanungen teil. Er ist Ansprechpartner für die kooperierenden Ärzte, Krankenhäuser, DMP-Ärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Absatz 2 teilnahmeberechtigten zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
 - die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - die Beratung des Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
 - die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - die Rücküberweisung an den durch den Patienten gewählten DMP-Arzt unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen.
 - Soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben mögliche Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

- (5) Das Krankenhaus hat die Möglichkeit, Patientenschulungen gemäß § 14 durchzuführen. Soweit es von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat das Krankenhaus die Voraussetzungen nach Anlage 3 gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nach § 6 nachzuweisen und ist sodann verpflichtet, diese anzubieten.
- (6) Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientenverhältnisses stattfindet.

§ 4a

Ambulanter Versorgungssektor

- (1) Der Bereich des ambulanten Versorgungssektors, insbesondere die erste und zweite Versorgungsebene und die erforderlichen Auftragsleistungen, wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) wahrgenommen. Die Vorgaben des § 137f Abs. 7 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvoraussetzungen und den Versorgungsinhalten gemäß der DMP-A-RL regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen.
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und den aktuellen Stand der teilnehmenden Ärzte wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 4b

Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich eingebunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhalten gemäß der DMP-A-RL, regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Trägern.
- (2) Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX entschieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die NKG durch die Verbände informiert.

§ 5

Teilnahmeerklärung

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend Anlage 2. Im schriftlichen Antrag erklärt sich das Krankenhaus bereit, sich an den Aufwendungen, die im Rahmen der Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung entstehen, pauschal zu beteiligen. Das Nähere zu der Kostenbeteiligung wird in der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 1c RSAV geregelt.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen/ Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 vorliegen. Sie empfiehlt den Krankenkassenverbänden, den Antrag rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen nachgewiesen sind. Die Krankenkassenverbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Krankenkassenverbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger an die Krankenkassenverbände. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich, es sei denn, die Krankenkassenverbände, die NKG und das Krankenhaus verständigen sich auf einen früheren Zeitpunkt.
- (2) Im Übrigen endet die Teilnahme des Krankenhauses bei Verstoß gegen die Ziele dieses Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Absatz 2.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Leistungserbringerverzeichnis der nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser (Anlage 4). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Ärzte/MVZ. Außerdem erhalten das Leistungserbringerverzeichnis bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser über die NKG,
 - die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
 - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Abs. 1 wird dem Bundesversicherungsamt mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden. Die Krankenhäuser erklären sich mit ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 mit der Veröffentlichung ihrer Daten im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 4 einverstanden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 5 der DMP-A-RL definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich, durch seine als Antrag gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gestellte Teilnahmeerklärung gemäß § 5, diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit diese Vorgaben die Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.

- (2) Die Leistungserbringer werden nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere auf die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, von der GE bzw. von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden unverzüglich über die eingetretenen Änderungen informiert. Die Leistungserbringer verpflichten sich, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.

- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für KHK teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen KHK auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Nr. 2 der Anlage 5 DMP-A-RL insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und der Anlage 5 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 3 und Anlage 1,

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

- (1) Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.
- (2) Zu den Maßnahmen gehören entsprechend § 2 DMP-A-RL insbesondere:
 - Bei Antragstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die Gemeinsame Einrichtung geregelt.
 - Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten.

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programms

- (1) Im Rahmen dieses Vertrages werden wirksame Maßnahmen vereinbart, die dann greifen, wenn die teilnehmenden Krankenhäuser gegen die nach diesem Vertrag festgelegten Anforderungen und Pflichten verstoßen.
- (2) Verstößt das Krankenhaus gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) Schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassenverbände die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten, ggf. in Abstimmung mit der NKG,
 - b) Auf begründeten Antrag eines Vertragspartners und nach Anhörung der übrigen Vertragspartner Widerruf der Teilnahmegenehmigung durch die Krankenkassenverbände. Die Genehmigung kann für einen bestimmten Zeitraum widerrufen werden, eine erneute Teilnahme am Vertrag ist möglich.
 - c) Hält das Krankenhaus die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann es von der Teilnahme auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss entscheiden die Krankenkassenverbände nach Anhörung der NKG.
 - d) Jedem Krankenhaus ist vor der Verhängung der jeweiligen Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

Abschnitt V
Schulung und Information

§ 13
Leistungserbringer

- (1) Die teilnehmenden Krankenkassenverbände und die NKG informieren gemeinsam in geeigneter Weise die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser über Ziele und Inhalte dieses Disease-Management-Programms KHK. Die Verbände der Krankenkassen erstellen in Abstimmung mit den Vertragspartnern hierfür ein entsprechendes DMP-A-RL-konformes Arztmanual. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt. Die teilnahmeberechtigten Krankenhäuser bestätigen den Erhalt der Informationen und die Kenntnisnahme auf der Teilnahmeerklärung gemäß § 5 dieses Vertrages.
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität gemäß Anlage 1 geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind auf Antrag durch die Gemeinsame Einrichtung gegenüber derselben nachzuweisen.
- (3) 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.
- (4) Die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen werden zur Unterstützung der teilnehmenden Krankenhäuser ihre Versicherten entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über die Behandlungsprogramme für KHK-Patienten informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

§ 14

Versicherte und Schulungen

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten umfassend über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (Anlage 3). 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.
- (3) In das Schulungsprogramm sind die strukturierten medizinischen Inhalte, insbesondere zur qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses Disease Management Programms werden die in Anlage 3 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils vom BVA als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

Abschnitt VI

Gemeinsame Einrichtung

§ 15

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den Aufsicht führenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

§ 16

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung und zusätzlicher Aufgaben wird in dem Vertrag der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt VII

Vergütung und Abrechnung

§ 17

Vergütung der stationären Leistungen

- (1) Die Vergütung der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt auf der Basis der gesetzlichen Regelungen des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung.
- (2) Die Vertragsparteien beobachten die Mengenentwicklung der einzelnen vom Krankenhaus im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen. Sofern es zu Veränderungen kommt, können diese entsprechend berücksichtigt werden.

§ 18

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen der Schulungsprogramme für Patienten mit KHK können im Zusammenhang mit der stationären Behandlung von an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern erbracht werden, wenn die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt werden.

(2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitraumen	Vergütung pro Patient	Abrechnungsnummer
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4-6 Patienten	4 UE à 90 Min.	25,00 € pro Einheit	65172003
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	4-6 Patienten	4 UE à 90 Min.	25,00 € pro Einheit	65171903
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Voraussetzung: Erfüllung der Indikation im Rahmen der aktuellen Fassung der Hilfsmittelrichtlinien (PG 21) und die Genehmigung der Krankenkasse	Max. 6 Patienten	4 UE à 90 Min. in wöchentlichem Abstand	26,00 € pro Einheit	65173303
Schulungs- und Verbrauchsmaterial inkl. Porto und Verpackung	Pro Patient und Schulung	-	9,50 €	65172603

(3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und eine bereits erfolgte Teilnahme an einer ambulanten oder im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erbrachten Schulungsmaßnahme sind zu berücksichtigen.

(4) Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen gemäß Abs. 2 unter Verwendung der genannten Abrechnungsnummern direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Abschnitt VIII Sonstige Bestimmungen

§ 19 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Krankenhäuser verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-DSGVO 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.

§ 20 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.09.2005 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgegebenen Fristen oder zu den vorgegebenen Stichtagen entsprechend § 137g Abs. 2 SGB V vorgenommen werden.
- (3) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. Versagung oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes, der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.

§ 21
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.

§ 22
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 wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover, den _____

Niedersächsische Krankenhaus-
gesellschaft e. V.

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung Niedersachsen und
Sachsen-Anhalt

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung Krankenhäuser
- Anlage 3 Strukturqualität Schulungsarzt und Schulungsprogramme
- Anlage 4 Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)