

# **R A H M E N V E R T R A G**

## **gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V**

in der Fassung der 8. Änderungsvereinbarung vom 11.06.2015

zwischen

- der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
- dem BKK Landesverband Mitte  
Siebstraße 4, 30171 Hannover
- der IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden \*  
handelnd als Landesverband 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 GEK
- DAK-Gesundheit ,
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- Handelskrankenkasse (hkk)

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Niedersachsen,

An der Börse 1, 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:**

### **Präambel**

### **Abschnitt I - Ziele, Geltungsbereich**

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

### **Abschnitt II - Teilnahme der Leistungserbringer**

- § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben der Krankenhäuser
- § 4a ambulanter Versorgungssektor
- § 4b Rehabilitationseinrichtungen
- § 5 Teilnahmeerklärung
- § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen
- § 7 Beginn und Ende der Teilnahme der Krankenhäuser
- § 8 Leistungserbringerverzeichnisse

### **Abschnitt III –Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

- § 10 Grundlagen und Ziele
- § 11 Maßnahmen und Indikatoren
- § 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms

### **Abschnitt V – Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

- § 13 Teilnahmevoraussetzungen
- § 14 Information und Einschreibung
- § 15 Teilnahme- und Einwilligungserklärung
- § 16 Beginn und Ende der Teilnahme

## **Abschnitt VI – Schulungen und Informationen**

§ 17 Leistungserbringer

§ 18 Versicherte

## **Abschnitt VII – Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

§19 Datenstelle

§ 20 Erstdokumentationen

§ 21 Datenfluss zur Datenstelle

§ 22 Datenzugang

§ 23 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt VIII – Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung**

§ 24 Datenfluss

§ 25 Datenzugang

§ 26 Datenaufbewahrung und -löschung

## **Abschnitt IX – Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

§ 27 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft

§ 28 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft

§ 29 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

§ 30 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

## **Abschnitt X**

§ 31 Evaluation

## **Abschnitt XI – Vergütung und Abrechnung**

§ 32 Vergütung

## **Abschnitt XII – Sonstige Bestimmungen**

§ 33 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 34 Laufzeit und Kündigung

§ 35 Schriftform

§ 36 Salvatorische Klausel

### **Erläuterungen**

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

„DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungsrichtlinie

„DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen – Richtlinie

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der bis zum 31.12.2011 gültigen Fassung

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

DMP Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 29,30.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 27, 28.

„Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 19.

Erstdokumentation (ED)“ ist die erstmalige Dokumentation, welche im Verlauf der DMP-Teilnahme des Patienten erstellt wird.

„Folgedokumentation (FD)“ ist jede Dokumentation außer der Erstdokumentation

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

## 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%\* 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.

Neben dem Bluthochdruck ist die koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen

\* Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Todesursachenstatistik

Mit dem GKV-VStG wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden. Der aktuelle Vertragsstand berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderungen der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014. Die Versorgung und Behandlung wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung angeboten. Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzerkrankung (KHK) sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5 und der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.

Die medizinischen Anforderungen für Herzinsuffizienz richten sich nach Anlage 5a der RSAV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung sowie den übrigen Regelungen der RSAV in der jeweils gültigen Fassung.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.7.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL und Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) 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. 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.

## **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 sektorübergreifende, indikationsgesteuerte und systematische Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK (mit oder ohne gleichzeitige Herzinsuffizienz), 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 der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend der Anlage 5 der DMP-A-RL und der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
  - a) Reduktion der Sterblichkeit,
  - b) Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, insbesondere Vermeidung von Herzinfarkten und der Entwicklung einer Herzinsuffizienz
  - c) 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 sich nach Maßgabe des Abschnitts V eingeschrieben haben.

Der Vertrag kann auch für die Behandlung von Versicherten von Krankenkassen außerhalb Niedersachsen 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, die DMP-AF-RL sowie die DMP-A-RL, Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von DMP-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 § 36 dieses Vertrages.
- (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 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 über die NKG 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:
  - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte, insbesondere die Beratung der Versicherten im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Versicherten,
  - b) die Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten gemäß § 14,
  - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  - d) die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der Anlage 2,
  - e) die Weiterleitung an den durch den Patienten gewählten DMP-Arzt unter zeitnaher Weitergabe therapierelevanter Informationen,

- f) die Beratung des Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arzt, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Arzt betreut wurde,
- g) die Erhebung und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach § 14, soweit das Krankenhaus den Patienten einschreibt,
- h) die zeitnahe Übermittlung der zur Erstellung der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL notwendigen Dokumentationsdaten sowie die Information über bereits erfolgte Einschreibungen an den DMP-Arzt,
- i) das nach Absatz 2 teilnahmeberechtigte zugelassene Krankenhaus ist berechtigt, über Absatz 4 h) hinaus die Erstdokumentation gemäß Anlage 4 selbst zu erstellen und gemäß § 21 an die Datenstelle weiterzuleiten. In diesem Fall übermittelt es dem DMP-Arzt die Information gemäß Absatz 4 h) mittels eines Ausdrucks des Datensatzes der Erstdokumentation.
- j) Soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

## **§ 4a**

### **Ambulanter Versorgungssektor**

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 RSAV bzw. der DMP-A-RL regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen.

Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, wird die NKG durch die Verbände informiert. Über den aktuellen Stand der teilnehmenden Ärzte wird die NKG informiert.

## **§ 4b**

### **Rehabilitationseinrichtungen**

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 RSAV bzw. der DMP-A-RL, regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen bzw. deren Trägern.

Über Rehabilitationsmaßnahmen wird von der jeweiligen Krankenkasse im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach dem SGB V in Verbindung mit dem SGB IX entschieden.

Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die NKG durch die Verbände informiert.

## **§ 5**

### **Teilnahmeerklärungen**

- (1) Die zugelassenen Krankenhäuser (§ 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.
- (2) Das Krankenhaus genehmigt mit seiner Unterschrift auf dieser Erklärung den für sich von den Krankenkassen und der Arbeitsgemeinschaft in Vertretung ohne Vollmacht mit der Datenstelle geschlossenen Vertrag gemäß § 19 Abs. 2. Für den Fall, dass die Arbeitsgemeinschaft und die Krankenkassen die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtigt das Krankenhaus die Arbeitsgemeinschaft in seinem Namen einen Vertrag mit einer neuen Datenstelle zu schließen. Er wird in diesem Fall die Möglichkeit erhalten, sich über den genauen Inhalt dieses Vertrages zu informieren.

## **§ 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 7). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Ärzte/MVZ.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird dem Bundesversicherungsamt mit dem Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei unbefristeter Zulassung ist dieses dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung zu stellen.
- (3) Außerdem erhalten die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf:

- die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern 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 jeweiligen Krankenkassen

und

- die Datenstelle nach § 19.

(3) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

##### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm KHK**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich, durch seine als Antrag gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gestellten 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) Bei einer Änderung der Anlage 5 der DMP-A-RL und/oder der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) verpflichten sich die Leistungserbringer, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Leistungserbringer werden von der NKG, nach Abstimmung mit den Verbänden über Änderungen der neuen Handlungsempfehlungen nach Veröffentlichung informiert.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Als Grundlage der Qualitätssicherung sind in Anlage 6 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 SGB V und der Anlage 5 der DMP-A-RL und Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011; einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 3 und Anlage 1,
- Vollständigkeit, Plausibilität und Verfügbarkeit der Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V .mit Anlage 6 der DMP-A-RL
- aktive Teilnahme der Versicherten.

#### **§ 11**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren gemäß Anlage 6 zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

- (2) Zu den Maßnahmen gehören, gemäß Ziffer 2 der Anlage 5 der DMP-A-RL bzw. der Ziffer 2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) insbesondere:
- Bei Antragstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus, Überprüfung der Strukturanforderungen gemäß Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung; weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die Gemeinsame Einrichtung geregelt,
  - 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 Anlage 6 werden die Krankenkassen in die medizinischen Belange des Arzt - Patientenverhältnisses ohne Abstimmung nicht eingreifen.
- (4) Zur Auswertung werden die in Anlage 6 fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen, Verordnungs-, Leistungs- und Abrechnungsdaten ergeben.
- (5) Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 6 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen.

## **§ 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:
- Schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassenverbände die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten ggf. in Abstimmung mit der NKG,



- 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,
- 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,
- Jedem Krankenhaus ist vor der Verhängung der jeweiligen Maßnahmen die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

## **Abschnitt V**

### **Teilnahme und Einschreibung der Versicherten**

#### **§ 13**

##### **Teilnahmevoraussetzungen**

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß dieses Vertrags teilnehmen, sofern alle folgenden Einschreibekriterien erfüllt sind:

- a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch das Krankenhaus entsprechend Anlage 5 Ziffer 1.2. und 3.2 der DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 5),
- b) die schriftliche Einwilligung des Versicherten in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten (Anlage 5) und
- c) die umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung 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 § 28f Abs. 2 RSAV die Daten zur Pseudonymisierung des Versichertenbezuges 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, seine Mitwirkungspflichten sowie darüber, wann eine fehlende Mitwirkung das Ende der Teilnahme an dem Programm zur Folge hat.
- d) Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die am DMP KHK teilnehmen, können, soweit und solange die Voraussetzungen der Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) erfüllt sind, am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen.

## § 14

### Information und Einschreibung

- (1) 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 das Behandlungsprogramm informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Kassen Mustereemplare der verwendeten Patienteninformationen.
- (2) Zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die gemäß § 3 dieses Vertrages teilnehmen, informieren entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL ihre teilnahmeberechtigten Patienten und händigen ihnen die Patienteninformation gem. Anlage 5 aus. Diese Versicherten können die Teilnahme- und Einwilligungserklärung gemäß § 15 bei dem DMP-Arzt oder den teilnehmenden Krankenhäusern unterschreiben. Sie informieren die am DMP-KHK teilnehmenden Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 5a Ziffer 3 der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) erfüllen, auch über die Möglichkeit der (freiwilligen) Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz. Der Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Versicherten. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich. Eine Nichtteilnahme am Modul Herzinsuffizienz hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP-KHK.
- (3) Wenn der Versicherte an mehreren in der RSAV, der DMP-A-RL sowie der DMP-RL genannten Erkrankungen leidet, kann er an verschiedenen Behandlungsprogrammen teilnehmen. Hierzu informiert das Krankenhaus und unterstützend auch die jeweilige Krankenkasse.
- (4) Für die Einschreibung des Versicherten in dieses Disease-Management-Programm müssen den teilnehmenden Krankenkassen folgende Unterlagen vorliegen:
  - a) die schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch das teilnehmende Krankenhaus auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 5),
  - b) die Erklärung des Krankenhauses, dass der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 der Anlage 5 der DMP-A-RL genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann und bereit ist, aktiv an der Umsetzung mitzuwirken,
  - c) die vollständigen Daten der Erstdokumentation der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL durch das teilnehmende Krankenhaus,

- (5) Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte auch seinen DMP-Arzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn das teilnehmende Krankenhaus die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten sowie die vollständige Erstdokumentation nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse wirkt darauf hin, dass der Versicherte nur durch einen DMP-Arzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen indikationsübergreifend den gleichen DMP-Arzt wählen. Eine Ausnahme gilt bei der Einschreibung in das DMP Brustkrebs. Hier können regelhaft verschiedene DMP-Ärzte die Funktion des DMP-Arzt für die Versicherte übernehmen.
- (6) Nachdem alle Unterlagen entsprechend Abs. 4 der zuständigen Krankenkasse vorliegen, bestätigt diese dem Versicherten und dem teilnehmenden Krankenhaus die Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprogramm unter Angabe des Eintrittsdatums.
- (7) Im Falle der Ersteinschreibung durch das Krankenhaus ist der Wechsel in die ambulante Behandlung mit dem Wechsel zu einem ambulant tätigen, zugelassenen DMP-Arzt notwendig.
- (8) Der Versicherte kann sich auch bei seiner Krankenkasse für das Behandlungsprogramm anmelden. In diesem Fall wird der Versicherte nach der Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von der Krankenkasse an den vom Versicherten gewählten DMP-Arzt verwiesen, damit die weiteren Einschreibeunterlagen nach Abs. 4 erstellt und übermittelt werden.
- (9) Soweit ein an diesem Disease-Management-Programm teilnehmender Versicherter einen Wechsel der Krankenkasse vornimmt und weiterhin am Programm teilnehmen möchte, sind die nach Abs. 4 notwendigen Einschreibeunterlagen für die nunmehr zuständige Krankenkasse erneut zu erstellen.

## **§ 15**

### **Teilnahme- und Einwilligungserklärung**

Nach Information und Aufklärung über das Disease-Management-Programm entsprechend § 3 Abs. 1 DMP-A-RL und die damit verbundene Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung (Anlage 5) erklärt sich der Versicherte zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm und zur Freigabe der für dieses Programm erforderlichen Daten bereit.

## **§ 16**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des Versicherten am Disease-Management-Programm beginnt, vorbehaltlich der schriftlichen Bestätigung durch seine Krankenkasse gemäß § 14 Abs. 6 mit dem Tag, an dem das letzte Dokument entsprechend § 14 Abs. 4 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 bei der Krankenkasse aus dem Programm aus.
- (3) Im Übrigen endet die Teilnahme des Versicherten mit dem Tag
  - des Endes der Programmzulassung,
  - des Zugangs des Widerrufs der Teilnahme und Einwilligung,
  - des Kassenwechsels,
  - der letzten gültigen Dokumentation bei Nichtteilnahme innerhalb von 12 Monaten an zwei veranlassten Schulungen ohne plausible Begründung,
  - der letzten gültigen Dokumentation, wenn zwei aufeinander folgende der quartalsbezogen zu erstellenden Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL , die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen, nicht innerhalb von 6 Wochen nach Ablauf der in § 28f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 RSAV genannten Frist (52 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraums) übermittelt worden sind,
  - bei Wegfall der Einschreibevoraussetzungen gemäß § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV.

- (4) Endet eine Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz, hat dies keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP-KHK.
- (5) Endet die Teilnahme am DMP-KHK, endet auch die Teilnahme am Modul Herzinsuffizienz
- (6) Eine erneute Einschreibung ist möglich, wenn die Voraussetzungen nach § 13 vorliegen.
- (7) Die Krankenkasse informiert den Versicherten, den DMP-Arzt und die Datenstelle schriftlich über das Ausscheiden des Versicherten aus dem Behandlungsprogramm.

**Abschnitt VI**  
**Schulung und Information**

**§ 17**

**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 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) Schulungen des Personals der teilnehmenden Krankenhäuser nach § 3 dieses Vertrages dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Managementkomponenten, insbesondere bezüglich der sektorübergreifenden Zusammenarbeit und der Einschreibekriterien nach Ziffer 3 der Anlage 5 DMP-A-RL ab. Die Vertragspartner definieren zudem bedarfsorientiert die Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige (mindestens einmal jährlich) Teilnahme an KHK-spezifischer Fortbildung. Dies können durch die Fachgesellschaften zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen bzw. Qualitätszirkel mit beteiligten Krankenhäusern und niedergelassenen teilnehmenden Ärzten sein.
- (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.

## **§ 18**

### **Versicherte**

Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms, insbesondere durch Patienteninformationen (Anlage 5) Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.



## **Abschnitt VII**

### **Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle und deren Aufgaben**

#### **§ 19**

##### **Datenstelle**

- (1) Die vertragsschließenden Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft nach § 28 beauftragen eine Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:
- a) der Entgegennahme der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - b) der Erfassung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - c) der Überprüfung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL auf Vollständigkeit und Plausibilität, der Nachforderung ausstehender oder unplausibler Dokumentationsdaten,
  - d) Pseudonymisierung des Versichertenbezugs bezüglich der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - e) der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle,
  - f) der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL mit Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN,
  - g) der Weiterleitung der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL mit Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die gemeinsame Einrichtung gemäß § 29 und
  - h) der Entgegennahme und Weiterleitung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die jeweilige Krankenkasse oder die von ihr beauftragte Stelle.

Das Nähere regeln die Krankenkassen und die Arbeitsgemeinschaft mit der Datenstelle in gesonderten Verträgen, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

- (2) Die Teilnahmeerklärung des Krankenhauses gemäß § 5 beinhaltet dessen Genehmigung des in seinem Namen mit der Datenstelle geschlossenen Vertrages. Darin beauftragt es die Datenstelle,
- a) die von ihm erstellte Dokumentation auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
  - b) die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL an die Arbeitsgemeinschaft und an die Krankenkassen oder die von ihr beauftragte Stelle weiterzuleiten.
- (3) Nach Beauftragung dieser Datenstelle teilen die Vertragspartner den bereits teilnehmenden Leistungserbringern gemäß § 3 Name und Anschrift der Datenstelle mit.

## **§ 20**

### **Erstdokumentationen**

- (1) Die Dokumentationen umfassen nur die in der Anlage 2 i.V.m Anlage 6 DMP-A-RL aufgeführten Angaben und werden nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätsziele und -maßnahmen und deren Durchführung , die Überprüfung der Einschreibung , die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation genutzt. Die allgemeine ärztliche Dokumentations- und Aufzeichnungspflicht bleibt davon unberührt.
- (2) Dokumentationen, die den Dokumentationszeitraum ab dem 01.04.2008 betreffen, sind ausschließlich zulässig, sofern sie im Programm am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Wege erfasst und übermittelt werden.

## **§ 21**

### **Datenfluss zur Datenstelle**

- (1) Durch seine Teilnahmeerklärung gemäß § 5 verpflichtet sich das nach § 3 teilnehmende Krankenhaus die vollständigen Dokumentationen gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 DMP-A-RL am Ort der Leistungserbringung auf elektronischem Weg zu erfassen und an die Datenstelle zu übermitteln. Dies soll spätestens 10 Tage nach Erstellung

der Dokumentation erfolgen. Zugleich verpflichtet es sich dazu, die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose an die Datenstelle zu übermitteln. Das Krankenhaus vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden.

(1a) Beleglose Dokumentationen dürfen mit folgenden Verfahren an die Datenstelle übermittelt werden:

- Datenträger ( DVD, CD, Diskette) –
- Online-Übertragung /z.B. Online-erfassungssystem der Datenstelle InterForum (dmponline.inter-forum.de)

Für die Erstellung der Erstdokumentationen ist *entweder* eine Praxissoftware einzusetzen, die von der KBV für den Einsatz im Rahmen von Disease Management Programmen zertifiziert ist. *Alternativ können per* Online-Übermittlung die übermittelten Dokumentationen mit einem geeigneten, zwischen Auftraggebern und der Datenstelle abgestimmten Verfahren, vom dokumentierenden Krankenhaus vor dem Versand zu verschlüsseln. Zu diesem Zweck sind von der KBV oder den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlene Verschlüsselungsverfahren anzuwenden (Anlage 3 Datenübermittlung)

Der Versicherte bzw. der gesetzliche Vertreter willigt einmalig durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 5) in die mit der Behandlung im Rahmen des DMP zu übermittelnden Daten ein. Er erhält einen Ausdruck der übermittelten Daten. Ein weiterer unterschriebener Ausdruck verbleibt im Krankenhaus.

(2) Im Falle einer Stichprobenprüfung bei der Krankenkasse durch die jeweilige Prüfbehörde stellt das Krankenhaus auf Anforderung und unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen ein Exemplar des vom DMP-verantwortlichen Arztes unterzeichneten Dokumentationsbogens der jeweiligen Krankenkasse im verschlossenen Umschlag zur Weitergabe an die Prüfbehörde zur Verfügung. Nach erfolgter Prüfung erhält das Krankenhaus das Exemplar zurück. Die dem Krankenhaus tatsächlich ent-

standenen Sachkosten werden auf Anforderung dem Krankenhaus durch die anfordernde Krankenkasse erstattet.

## **§ 22**

### **Datenzugang**

- (1) Zugang zu den an die Datenstelle übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten haben nur Personen, die Aufgaben im Rahmen von § 19 wahrnehmen und hierfür besonders geschult sind. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet.
- (2) Die Krankenkassen stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass die übermittelten Daten aus der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL nicht für den Eingriff in medizinische Belange des Arzt- Patientenverhältnisses im Sinne eines Case-Managements genutzt werden und damit die Vertrauensbeziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird. Diese Daten werden ausschließlich für die in § 11 genannten Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt. Diese Regelungen gelten unbeschadet einer möglichen Beendigung des Disease-Management-Programms bis zum Ende der in § 26 genannten Aufbewahrungsfrist.
- (3) Die Vertragspartner bestimmen im Bedarfsfall einen neutralen Ombudsmann, der die Einhaltung der Verpflichtung der Kassen nach Abs. 2 prüft.

## **§ 23**

### **Datenaufbewahrung und -löschung**

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch das teilnehmende Krankenhaus übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die zum Zwecke der Erst – und Folgedokumentation erhobenen Daten werden 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten von der Datenstelle gelöscht

## **Abschnitt VIII**

### **Datenfluss zu den Krankenkassen, zur KVN und zur Gemeinsamen Einrichtung**

#### **§ 24**

##### **Datenfluss**

- (1) Die Datenstelle übermittelt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten an die Datenzentren der jeweiligen Krankenkassen.
- (2) Die Datenstelle übermittelt die erfassten Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL an die jeweiligen Datenzentren der Krankenkassen.
- (3) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arzt - bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die Gemeinsame Einrichtung.
- (4) Die Datenstelle übermittelt die Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL mit Arzt- bzw. Krankenhausbezug und pseudonymisiertem Versichertenbezug an die KVN.

#### **§ 25**

##### **Datenzugang**

Zugang zu den an die Gemeinsame Einrichtung, KVN und Datenzentren der 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.

#### **§ 26**

##### **Datenaufbewahrung und -löschung**

- (1) Die im Rahmen des Programms im Auftrag durch den DMP – Arzt/ das KH übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten gemäß Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL werden nach der erfolgreichen Übermittlung an die Krankenkassen, die KVN und die Gemeinsame Einrichtung von der Datenstelle archiviert. Die

zum Zwecke der Erst – und Folgedokumentation erhobenen Daten werden 15 Jahre, beginnend mit dem dem Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt. Sie werden nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten von der Datenstelle gelöscht.

## **Abschnitt IX**

### **Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V und Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 27**

##### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

#### **§ 28**

##### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 19 mit der Durchführung der in den Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll - und Weisungsrechten nach.

#### **§ 29**

##### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft 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 fest-

legen, dass den Aufsicht führenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

## **§ 30**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung wird in dem Gesellschaftervertrag der gemeinsamen Einrichtung beschrieben. Die Qualitätssicherung umfasst insbesondere:
- a) die Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - b) die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß RSAV anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - c) die Durchführung des ärztlichen Feedbacks anhand der quantitativen Angaben der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i.V.m Anlage 6 der DMP-A-RL,
  - d) 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,
  - e) die Beschlussfassung zur Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung und
  - f) die Überprüfung der Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 für teilnahmewillige zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V sowie bei positivem Beschluss, die Empfehlung an die Krankenkassenverbände, den Beitritt des Trägers des Krankenhauses zum Vertrag rechtsverbindlich anzunehmen.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 Nr. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt X**

### **§ 31**

#### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation wird nach § 137f Abs 4 Satz 1 SGB V für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der jeweils gültigen Regelungen der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen Evaluatoren von den Krankenkassen und der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.
- (4) Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.



## Abschnitt XI

### Vergütung und Abrechnung

#### § 32 Vergütung

- (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) 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.
- (3) Für die vollständigen und plausiblen Dokumentationen nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 DMP-A-RL und die fristgemäße Übermittlung der vollständigen Unterlagen zur Einschreibung von Versicherten nach diesem Vertrag werden folgende Vergütungen vereinbart:

Einschreibung der Versicherten ggf. einschl. Beratung, Erstellung der vollständigen und plausiblen Erstdokumentation sowie fristgerechter Versand der entsprechenden Unterlagen durch das Krankenhaus	<b>25,- Euro</b>	GOP <b>99540</b>
---	------------------	---------------------

Basis für die Zahlung der o.g. Vergütungen sind die durch die Datenstelle gelieferten Daten.

- (4) Die ggf. anfallenden Porto- und Versandkosten im Zusammenhang mit o.g. Leistungen sind in der Vergütung enthalten.
- (5) Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen gemäß Abs. 3 und 4 mit der KVN nach den jeweils geltenden Abrechnungsregelungen, ab, die diese den Krankenkassen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung berechnet.

## **Abschnitt XII**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 33**

##### **Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen 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.

#### **§ 34**

##### **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 § 137g 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) Bei einer Wiedenzulassung gelten die im Rahmen der ersten Akkreditierung abgegebenen Erklärungen weiter. Eine erneute Einschreibung der Leistungserbringer und Versicherten ist nicht notwendig.

(4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes oder festgestelltem Verstoß einer Krankenkasse gegen § 22 Abs. 2, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Bei Verstoß gegen § 22 Abs. 2 bezieht sich die Kündigung auf die Krankenkasse, die den Verstoß begangen hat. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht.

## **§ 35**

### **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.

## **§ 36**

### **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,

-----  
Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

-----  
AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-  
sachsen

-----  
BKK Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen,  
Bremen, Sachsen-Anhalt

-----  
IKK classic

-----  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

-----  
Knappschaft  
- Regionaldirektion Nord -

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

## Anlagen

## Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung Krankenhäuser
- Anlage 3 Datenübermittlung
- Anlage 4 Dokumentationsdaten
- Anlage 5 Teilnahme- und Einwilligungserklärung und Datenschutzinformation der Versicherten
- Anlage 6 Qualitätssicherung
- Anlage 7 Leistungserbringerverzeichnisse