

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

in der Fassung der 2. Ergänzungsvereinbarung in Kraft ab 01.07.2013

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\*
- \*in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes nach § 207 Bas. 4a SGB V
- der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse,  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
  - der Knappschaft – Regionaldirektion Hannover  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),  
vertreten durch den Leiter der 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 der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Patienten mit Asthma und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD)**

## **Inhaltsverzeichnis:**

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

- § 1 Ziele der Vereinbarung
- § 2 Geltungsbereich

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

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

### **Abschnitt III –Versorgungsinhalte**

- § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm ASTHMA / COPD

### **Abschnitt IV – Qualitätssicherung**

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

### **Abschnitt V – Schulungen**

- § 13 Leistungserbringer
- § 14 Versicherte und Schulungen

### **Abschnitt VI – Arbeitsgemeinschaft/ Gemeinsame Einrichtung**

- § 15 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft
- § 16 nicht besetzt
- § 17 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung
- § 18 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

### **Abschnitt VII - Evaluation**

- § 19 Evaluation

## **Abschnitt VIII – Vergütung und Abrechnung**

§ 20 Vergütung der stationären Leistungen

§ 21 Vergütung der Schulungen

## **Abschnitt IX – Sonstige Bestimmungen**

§ 22 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

§ 23 Laufzeit und Kündigung

§ 24 Schriftform

§ 25 Salvatorische Klausel

## **Erläuterungen**

Asthma = Asthma bronchiale

COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

„DMP-Richtlinie“ ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V; „hier Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Asthma – Teil B, II, Teil I: Asthma bronchiale (ab 5 Jahre)“ und chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen – Teil B, III, Teil II: COPD“

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 17,18.

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. § 15,

## PRÄAMBEL

Epidemiologische Daten schätzen die Prävalenz für Asthma bronchiale auf bis zu 6% der erwachsenen Bevölkerung. Bei Kindern ist Asthma die häufigste chronische Erkrankung. Die Prävalenz wird auf 10% geschätzt mit steigender Tendenz. Somit ist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen ein besonderer Schwerpunkt zu widmen.

Die Datenlage bei COPD ist aufgrund von Klassifikationsschwierigkeiten unzureichend. Basierend auf den Angaben zur Symptommhäufigkeit leiden nach dem Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 10 bis 30% der Erwachsenen an chronischer Bronchitis. Davon entwickelt mit hoher Wahrscheinlichkeit 10 bis 20% eine obstruktive Lungenerkrankung.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist die Struktur der pneumologischen Versorgung zur Prävention, Kuration und Rehabilitation bei Asthma- und COPD-kranken Kindern und Erwachsenen in Deutschland verbesserungswürdig. Der Patient kann bei chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen durch Selbstmanagement und über eine Verhaltensänderung bei lebensstilassoziierten Risikofaktoren den Krankheitsverlauf erheblich beeinflussen. Dadurch verbessert sich die Prognose erheblich und eine flexible Lebensführung wird ermöglicht.

Neben der ambulanten Behandlung durch den DMP-Arzt soll die stationäre Behandlung von Patienten mit Asthma/COPD in Ergänzung des aktuellen und bereits bestehenden Versorgungsangebotes der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Niedersachsen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme für Asthma und COPD durch die damit verbundene interdisziplinäre und sektorenübergreifende Behandlung weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage der §§ 137 f i.V. mit § 137 g SGB V. Der Vertragsstand berücksichtigt die Änderungen des zum 01.01.2012 In Kraft -getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des GKV-VStG und der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.6.3 des jeweiligen Teils der DMP-Richtlinie 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 geeignete 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.

Die grundlegenden Regelungen finden sich für Asthma und COPD gemeinsam in diesem Vertrag. Die diagnosespezifischen Parameter werden differenziert aufgeführt und in getrennten Anlagen geregelt.

## **Abschnitt I**

### **Ziele, Geltungsbereich**

#### **§ 1**

#### **Ziele der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung der Disease -Management-Programme Asthma/COPD und die Einbindung von Krankenhäusern im Bundesland Niedersachsen. Über diese Behandlungsprogramme soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Asthma/COPD, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Generell geht es um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Asthma/COPD 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 im jeweiligen Teil der DMP-Richtlinie Ziffer 1.3 in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag folgende Ziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen an:
  - a) Vermeidung/ Reduktion von
    - akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen (z.B. Symptome, Asthma-Anfälle/ Exazerbationen),
    - einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der physischen, psychischen und geistigen Entwicklung bei Kindern/Jugendlichen,
    - krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag,
    - einer Progredienz der Krankheit,
    - unerwünschten Wirkungen der Therapie

bei Normalisierung bzw. Anstrengung der bestmöglichen Lungenfunktion und Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität,

b) Reduktion der Asthma/COPD -bedingten Letalität.

## **§ 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 Asthma oder COPD 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 in der jeweils gültigen Fassung und die diese ergänzende oder ersetzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung

(3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Asthma bzw. chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Asthma bzw. chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD) 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 ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die Strukturanforderungen gemäß Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens zwei Ärzte (1 Arzt und 1 Vertreter) als DMP-Ansprechpartner. Dieser Arzt 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 Ärzte / Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser, DMP-Ärzte sowie für die Gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Zu den Pflichten der nach Abs. 2 teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
  - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  - b) 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,
  - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  - d) Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt unter zeitnaher Weiterleitung der therapielevanten Informationen,
  - e) 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.



- (5) Das Krankenhaus hat die Möglichkeit, Patientenschulungen gemäß § 14 durchzuführen. Soweit es von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat das Krankenhaus die Voraussetzungen nach Anlage 4 gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nach § 6 nachzuweisen und ist sodann verpflichtet, diese durchzuführen.
- (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**

Der Bereich des ambulanten Versorgungssektors wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) wahrgenommen. Die Vorgaben des § 116b Abs. 1 SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvoraussetzungen und den Versorgungsinhalten gemäß der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung regeln die Krankenkassenverbände in gesonderten Verträgen.

Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und den aktuellen Stand der teilnehmenden Ärzte wird die NKG durch die Verbände 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 der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung, 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**

### **Teilnahmeerklärung**

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag entsprechend Anlage 2. Das Nähere zur Kostenbeteiligung wird in der Vereinbarung zur Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Einrichtung nach § 28 f 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 Strukturanforderungen 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 Wochen zum Ende eines Quartals 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 5a/5b). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Ärzte / MVZ.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung gestellt. Bei unbefristeter Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Krankenkassen zur Verfügung zu stellen. Weiterhin wird das Verzeichnis bei Bedarf
  - den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
  - den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
  - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
  - den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassenzur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

### **Abschnitt III**

#### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm ASTHMA / COPD**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind jeweils in Ziffer 1 der DMP-Richtlinie definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in der jeweils gültigen Fassung. Die teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich durch ihre Teilnahmeerklärung bzw. ihren Antrag auf Teilnahme gemäß § 5 insbesondere diese Versorgungsinhalte zu beachten. Soweit die Vorgaben Inhalte der ärztlichen Therapie betreffen, schränken sie den zur Erfüllung des ärztlichen Behandlungsauftrages im Einzelfall erforderlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
- (2) Bei einer Änderung der Ziffer 1 des jeweiligen Teils in der DMP-Richtlinie, verpflichten sich die Krankenhäuser die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Krankenhäuser werden von der GE bzw. von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden über die Änderungen der medizinischen Anforderungen an die Behandlung, nach Veröffentlichung von neuen Handlungsempfehlungen gemäß der DMP-Richtlinie, informiert.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

#### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Ziffer 2 des jeweiligen Teils der DMP-Richtlinie insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2, Satz 2, Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß jeweils Ziffer 1.6 der DMP-Richtlinie,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1,

#### **§ 11**

#### **Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Ausgehend von jeweils Ziffer 2 der DMP-Richtlinie sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Bei Antragsstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 und Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die GE 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. nach 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 VI**

### **Schulungen**

#### **§ 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 der Disease – Management – Programme Asthma/COPD. Die GKV-Verbände erstellen hierzu in Abstimmung mit der NKG 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. Auf Inhalte, die der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie der diese ersetzende oder ergänzende DMP- Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.
- (2) Die im Rahmen der Strukturqualität gemäß Anlage 1 geforderten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen finden im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen statt und sind auf Anforderung 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 § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über die Behandlungsprogramme Asthma und COPD 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 über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. 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 4). 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 gemäß § 10 dieses Vertrages einzubeziehen. Auf Inhalte, die der RSAV in ihrer jeweils gültigen Fassung sowie der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung widersprechen, muss verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses Disease -Management-Programms werden die in Anlage 4 beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.



**Abschnitt VI**  
**Arbeitsgemeinschaft/ Gemeinsame Einrichtung**

**§ 15**

**Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

**§ 16**

nicht besetzt

**§ 17**

**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 festlegen, dass den aufsichtsführenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

**§ 18**

**Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten 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 § 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 VII**

### **Evaluation**

#### **§ 19**

### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung jeweils der Ziffer 6 der DMP-Richtlinie sowie der jeweils gültigen Evaluationskriterien.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen Evaluatoren vom Datenzentrum der jeweiligen Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zeitnah 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 VIII**

### **Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 20**

##### **Vergütung der stationären Leistungen**

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

#### **§ 21**

##### **Vergütung der Schulungen**

- (1) Die Patientenschulungen der Schulungsprogramme für Patienten mit der Indikation Asthma bzw. der Indikation COPD können von Krankenhäusern dieses Vertrages im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erbracht werden, die die erforderlichen Qualifikationen und Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 (Strukturqualität Schulungsarzt/Patientenschulungen) im Hinblick auf die Schulungen von Patienten erfüllt haben und zur Durchführung von Schulungen gemäß § 6 zugelassen sind.
- (2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

<b>Programm</b>	<b>Anzahl Patienten</b>	<b>Zeitlicher Rahmen</b>	<b>Vergütung</b>	<b>Abrechnungs-Nummer</b>
<b>Qualitätsmanagement in der Asthaschulung von Kindern und Jugendlichen</b> der AG Asthaschulung im Kindes- und Jugendalter - für Kinder im Alter von 5 bis 17 Jahren (Gruppenschulung)	Gruppenschulung bis zu 8 Personen	30 Unterrichtseinheiten (UE) zu je 45 Minuten (12 UE für Eltern und 18 UE für Kinder)	19,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	<b>65172405</b>
(AFAS)- NASA= Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (Variation von AFAS = Die Ambulante Fürther Asthaschulung) als Gruppenschulung	Gruppenschulung 4 bis 8 Personen	6 Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	<b>65172505</b>
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale	9,50 €	<b>65172605</b>
<b>COBRA</b> (Umbenennung von AFBE= Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem)	Gruppenschulung 4-8 Personen	6 Unterrichtseinheiten zu je 60 Minuten	22,50 € je Patient und Unterrichtseinheit	<b>65172706</b>
Schulungs- und Verbrauchsmaterial einschließlich Porto und Verpackung	je Patient	Pauschale	9,50 €	<b>65172606</b>

- (3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine 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 Absatz 3 unter Verwendung der o.g. Abrechnungsnummer direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

## **Abschnitt IX**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 22**

##### **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.

#### **§ 23**

##### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2007 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten, frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden RSA – Änderungsverordnung, sowie einer Änderung der diese ersetzende oder ergänzende DMP-Richtlinie in ihrer jeweils gültigen Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen notwendig sind, in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen erfolgen. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (3) Abweichend von Absatz 1 kann bei wichtigem Grund, insbesondere bei Änderung oder bei Wegfall der RSA-Anbindung der Disease-Management-Programme bzw. bei der 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.

## **§ 24**

### **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.

## **§ 25**

### **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 Krankenhausgesellschaft  
e.V.

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

-----  
BKK Landesverband Mitte  
Landesvertretung Niedersachsen

-----  
IKK classic

-----  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

-----  
Knappschaft  
- Regionaldirektion Hannover -

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

## Anlagen

## Übersicht Anlagen

Anlage 1	Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
Anlage 2	Teilnahmeerklärung des Krankenhauses
Anlage 3a	nicht besetzt
Anlage 3b	nicht besetzt
Anlage 4	Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte
Anlage 5a	Leistungserbringerverzeichnis Asthma bronchiale (stationärer Sektor)
Anlage 5b	Leistungserbringerverzeichnis COPD (stationärer Sektor)