

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

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

Neufassung ab 01.04.2021

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

Inhaltsverzeichnis:

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

Übersicht Anlagen

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

Erläuterungen

- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt jedweden Geschlechts, 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
- „Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts.
- „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.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind 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.

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 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-Patienten-Verhältnisses stattfindet.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. 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.

Abschnitt I

Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel dieses Vertrages 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 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) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch KHK beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten sollen durch dieses DMP erreicht werden. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP 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) Dieser Vertrag 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 KHK 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 die 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.
- (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 grundsätzlich 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 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, wird im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben empfohlen, 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 nachzuweisen und ist sodann verpflichtet, diese anzubieten.

§ 4a

Ambulanter Versorgungssektor

- (1) Den Einbezug des ambulanten Versorgungssektors in das DMP KHK regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN)“.
- (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-ARRL, regeln die Verbände 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. Die Kostenbeteiligung wird in der Ergänzungsvereinbarung zur Vereinbarung über die Bildung einer gemeinsamen Einrichtung nach § 25 Abs. 2 Nr.1 c) RSAV geregelt.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen/Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 vorliegen. Sie empfiehlt den Verbänden, den Antrag rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 1 genannten Strukturvoraussetzungen nachgewiesen sind. Die Verbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.
- (2) Sofern sich Veränderungen bei den Strukturvoraussetzungen ergeben, teilt das Krankenhaus der Gemeinsamen Einrichtung diese innerhalb eines Monats schriftlich mit und fügt ggf. erforderliche Nachweise (z. B. zu Schulungsberechtigungen) bei. Die Gemeinsame Einrichtung prüft die Voraussetzungen, erteilt ggf. die Genehmigung und informiert die Verbände.
- (3) Bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. Anlage 1 informiert das Krankenhaus die Gemeinsame Einrichtung innerhalb eines Monats schriftlich. Die Gemeinsame Einrichtung benachrichtigt die Vertragspartner über die Beendigung der Teilnahme des Krankenhauses.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag durch die Verbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Teilnahmeerklärung durch den Träger. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Monaten zum Ende eines Kalenderjahres möglich, es sei denn, die Verbände, 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 DMP 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 durch 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 Absatz 1 wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form zur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmergeverzeichnis 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.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Nummer 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 Nummer 1.6 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 DMP 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 Verbände 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 Verbände. 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 Verbände 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 Verbände und die NKG informieren gemeinsam in geeigneter Weise die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser über Ziele und Inhalte dieses DMP KHK. Die Verbände 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 DMP 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 DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde 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 DMP werden die in Anlage 3 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils vom BAS 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 Niedersachsen bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 1c RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtführenden 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 zusätzliche Aufgaben wird in der Vereinbarung zur 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 Absatz 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 Krankenhausentgeltgesetzes (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 für Schulungen gemäß 65172003, 65171903 und 65173303 inkl. Porto und Verpackung	Pro Patient und Schulung	-	9,50 €	65172603
Kardio-Fit	4-6 Patienten	3 UE à 90 Min. in wöchentlichem Abstand	26,00 € pro Einheit	65173403
Schulungs- und Verbrauchsmaterial für Schulung 65173503 inkl. Porto und Verpackung	Pro Patient und Schulung	-	10,00 €	65173503

(3) Nach diesem Vertrag 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 Absatz 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 01.04.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.07.2019 in der Fassung der 10. Änderungsvereinbarung. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Teilnehmende Krankenhäuser müssen sich nicht erneut in das DMP einschreiben. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die durch eine nachfolgende Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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 DMP bzw. Versagung oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, 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 dem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover, den 08.03.2021

Niedersächsische Krankenhaus-
gesellschaft e. V.

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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