

**Vereinbarung über ein Informationskonzept zur inhaltlichen Umsetzung der §§ 22
und 23 des strukturierten Behandlungsprogramms
Koronare Herzkrankheit
vom 25.06.2004 in der jeweils aktuellsten Fassung**

zwischen

**der AOK Sachsen-Anhalt,
der Knappschaft, Regionaldirektion Cottbus,
der IKK gesund plus**

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Diese Vereinbarung ersetzt die Regelungen der bisherigen Vereinbarungen über ein Informationskonzept zur inhaltlichen Umsetzung der §§ 22 und 23 des strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 01.10.2013 zwischen den o. g. Vertragspartnern.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung des GKV-VStG und der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie durch die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

Mit dem GKV-VStG wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden. Da es für das strukturierte Behandlungsprogramm KHK noch keine Richtlinie des G-BA gibt, besteht folgende Übergangsregelung:

Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 7 und 2 i.V.m. Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für KHK in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.

Abschnitt I

Beauftragung der Datenstelle

§ 1

Beauftragung durch den Arzt

- (1) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 bzw. Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 des KV-Vertrages bevollmächtigt die KVSA über die Teilnahmeerklärung in seiner Vertretung mit der Datenstelle einen Vertrag zur Regelung der in Abs. 2 genannten Sachverhalte zu schließen.
- (2) Der koordinierende Arzt gemäß § 3 bzw. Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 des KV-Vertrages beauftragt die Datenstelle zur Durchführung der Aufgaben gemäß § 7 mit:
 1. der Entgegennahme und Weiterleitung der Empfehlung des Gemeinsamen Fachgremiums zur Durchführung einer unterstützenden Maßnahme für einen Patienten im Falle einer individuellen Beratung durch die Krankenkasse unter Angabe der DMP-Fallnummer und der administrativen Daten (Zeilen 2-12) der Dokumentation des Patienten an den koordinierenden Arzt gemäß § 3 bzw. Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 des KV-Vertrages gemäß § 11 Abs. 4 Ziff. c,
 2. der Entgegennahme des positiven Votums des Arztes zur individuellen Beratung der Krankenkassen für einzelne Patienten und Weiterleitung an die Krankenkasse,
 3. der Entgegennahme des negativen Votums mit begründender Stellungnahme des Arztes unter der Angabe der DMP-Fallnummer zur individuellen Beratung der Krankenkassen für einzelne Patienten und Weiterleitung an das Gemeinsame Fachgremium (§ 11 Abs. 4 Ziff. f).

§ 2

Beauftragung durch die Vertragspartner

Die Vertragspartner beauftragen die Datenstelle insbesondere mit folgenden Aufgaben:

1. Erstellung der Information über Patienten die potenziell eines individuellen Unterstützungsangebotes durch die Krankenkasse bedürfen und Weiterleitung an das Gemeinsame Fachgremium.
2. Entgegennahme der Empfehlung des Gemeinsamen Fachgremiums zur Unterbreitung eines individuellen Beratungsangebotes für einen Patienten durch die Krankenkasse gemäß § 7.
3. Weiterleitung dieser Empfehlung unter Ergänzung der Arztnummer und dessen Anschrift an den koordinierenden Arzt gemäß § 3 bzw. Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 des KV-Vertrages.
4. Erstellung von Berichten zur Programmsteuerung im Rahmen der Qualitätssicherung, deren Konzeption unter den Vertragspartnern abgestimmt wird.

Abschnitt II

Informationskonzept

Die Vertragspartner vereinbaren zur Umsetzung des § 23 des KV-Vertrages das in den §§ 3 bis 10 beschriebene Informationskonzept.

§ 3

Die Krankenkasse nutzt die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie die Dokumentationen gemäß Anlage 2 i. V. m. 6 der RSAV¹ zur Prüfung der Einschreibevoraussetzungen für die Versicherten sowie zur Information der Versicherten.

§ 4

Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten schriftlich gemäß Anlage 9.1 bzw. 9.2.1 / 9.22 „Patientenmerkblatt“ des Vertrages vom 25.06.2004 in der jeweils aktuellsten Fassung über die Inhalte des Programmes.

§ 5

Dem koordinierenden Arzt obliegt die motivierende Ansprache des eingeschriebenen Versicherten unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten des Patienten zu einer aktiven Teilnahme. Er zeigt dem Versicherten Wege zu einer stärkeren Eigeninitiative im Rahmen des Behandlungsgeschehens und der Krankheitsbewältigung.

§ 6

Die Krankenkasse informiert nach § 23 Abs. 2 Ziff. 1 des KV-Vertrages individuell und anlassbezogen insbesondere über allgemeine Gesundheitsgefahren, gesundheitsfördernde Maßnahmen und allgemeine Präventionsangebote im Rahmen einer unspezifischen, in der Regel schriftlichen Patienteninformation. Dabei erfolgt eine grundsätzliche allgemeine Abstimmung der Informationsmaterialien mit dem Gemeinsamen Fachgremium nach § 11.

§ 7

Die Krankenkasse informiert nach § 23 Abs. 2 Ziff. 2 des KV-Vertrages die Patienten im Rahmen einer individuellen Beratung. Dabei wird der Kriterienkatalog für individuelle Unterstützungsangebote des Gemeinsamen Fachgremiums gemäß § 11 zugrundegelegt und das Votum des koordinierenden Arztes berücksichtigt.

¹ Für die nachfolgenden Nennungen der RSAV gilt: Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 7 und 2 i.V.m Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für KHK in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 1 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.

§ 8

Nach vorheriger einvernehmlicher Abstimmung informiert die KVSA die teilnehmenden Ärzte nach § 23 Abs. 2 Ziff. 3 des KV-Vertrages über Auffälligkeiten bzw. mögliche Interventionsanlässe.

§ 9

Über die Durchführung der Maßnahmen gemäß §§ 5 bis 7 informiert die Krankenkasse das Gemeinsame Fachgremium und den koordinierenden Arzt des eingeschriebenen Versicherten unter Nennung der Maßnahme schriftlich und zeitgleich mit der Durchführung der Maßnahme. Der Arzt kann die Krankenkasse von der Informationspflicht entbinden.

§ 10

Die Krankenkasse kann über den in dieser Vereinbarung geregelten Sachverhalt hinaus ihr zustehendes Recht auf Datenauswertung ausüben. Dem Vertragspartner sind das Nutzungsziel und die Ergebnisse nach Abschluss der Auswertungen in anonymisierter Form zur Verfügung zu stellen. Diese Regelung hat unabhängig von der Laufzeit dieser Vereinbarung Bestand bis zum Ablauf der in § 28 f der RSAV genannten Frist.

Abschnitt III

Gemeinsames Fachgremium

§ 11

- (1) Das Gemeinsame Fachgremium ist eine Einrichtung der Gesamtvertragspartner im Rahmen der Umsetzung dieser Vereinbarung.
- (2) Das Gemeinsame Fachgremium wird von je zwei Vertretern der Gesamtvertragspartner besetzt. Mindestens ein Vertreter muss die Befähigung zur Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit und umfassende Erfahrungen in der medizinischen Versorgung von Patienten mit Koronarer Herzkrankheit nachweisen können. Für jeden Vertreter der Gesamtvertragspartner sind zwei Stellvertreter zu benennen.
- (3) Stellungnahmen und Empfehlungen des Gemeinsamen Fachgremiums erfolgen in einvernehmlicher Abstimmung.
- (4) Das Gemeinsame Fachgremium hat folgende Aufgaben:
 - a) Erarbeitung und Vortrag einer Stellungnahme gegenüber der KVSA innerhalb von zwei Kalendermonaten, wenn ein Vertragspartner gemäß § 11 Abs. 2 Ziff. 3 und 4 des KV-Vertrages den Widerruf der Teilnahme und der Abrechnungsgenehmigung eines Vertragsarztes beantragt,
 - b) Stellungnahme zu Maßnahmen bei der Umsetzung unspezifischer Patienteninformationen gemäß § 6,
 - c) Erarbeitung, Beschluss und Darstellung der Kriterien und Empfehlungen bei individuellen Beratungsangeboten durch die Krankenkasse gemäß § 7,
 - d) Entgegennahme der Information der Datenstelle über Patienten in pseudonymisierter Form, die potenziell einer individuellen Beratung gemäß § 7 durch die Krankenkasse bedürfen,

- e) Erarbeitung einer Empfehlung auf der Grundlage von Ziff. c zur weiteren Vorgehensweise im Falle der individuellen Beratung gemäß § 7 und Weiterleitung über die Datenstelle an den koordinierenden Arzt gemäß § 3 bzw. Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 des KV-Vertrages,
- f) Erarbeitung und Beschluss einer Empfehlung an die Krankenkasse zur Durchführung einer individuellen Beratung gemäß § 7 unter Berücksichtigung des negativen Votums des koordinierenden Arztes nach § 1 Abs. 2 Ziff. 3,
- g) Entgegennahme und Bewertung der Ergebnisse der individuellen Patienteninformationen gemäß § 7 einmal im Kalenderjahr,
- h) Erarbeitung und Beschluss der Kriterien für die Aufbereitung und Weitergabe aggregierter Daten in Form von Berichten zur Programmsteuerung an die Gesamtvertragspartner,
- i) Beratung der KVSA im Hinblick auf das vertragskonforme Verhalten der teilnehmenden Ärzte.

Abschnitt IV

§ 12

Regelungsbedarf

Bei auftretendem Regelungsbedarf verständigen sich die Vertragspartner im Sinne der Zielsetzung des KV-Vertrages.

Unterschriftsseite

zur Vereinbarung über ein Informationskonzept zur inhaltlichen Umsetzung der §§ 22 und 23 des KV-Vertrages vom 25.06.2004 in der Fassung vom 01.10.2013 des strukturierten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit

Magdeburg, Cottbus, 24.09.2013

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

AOK Sachsen-Anhalt

Knappschaft,
Regionaldirektion Cottbus

IKK gesund plus