

**Integrationsvertrag
"Koronare Herzkrankheit und Diabetes / Hamburg"**

Zwischen

PD Dr. med. Günther Kugler
Reesendamm 3
20095 Hamburg

Dr. med. Bastian Steinberg
Am Sooren 1a
22149 Hamburg

Jörg von Hübbenet
Wandsbeker Marktstraße 73
22041 Hamburg

Dr. med. Hans Welcker
Graumannsweg 25
22087 Hamburg

- nachfolgend **Vertragsärzte** genannt -

und

LBK Hamburg GmbH für
- Asklepios Klinik St. Georg -
Friedrichsberger Str. 56
22081 Hamburg

- vertreten durch die Geschäftsführung -
- nachfolgend **Krankenhaus** genannt -

6. Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG

Neuer Höltingbaum 40
22143 Hamburg

- vertreten durch die Geschäftsführung -
- nachfolgend **HGZ** genannt -

und

7. der Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen e.V.

Bei den Mühren 70
20457 Hamburg

- vertreten durch den Vorstand -
- nachfolgend **AG Diabetologen** genannt -

und

der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf

- vertreten durch den Vorstand -
- nachfolgend **Krankenkasse** genannt -

wird auf Grundlage des § 140a ff. SGB V folgender Vertrag geschlossen

Stand: 22.11.2006

Präambel.....	2
§ 1 Gegenstand und Zielsetzung	3
§ 2 a Grundsätze.....	4
§ 2 b Maßnahmen	4
§ 3 Geltungsbereich	5
§ 4 Kooperationsvereinbarungen	5
§ 5 Leistungsumfang	5
§ 6 Qualitätsanforderungen und -sicherungen	6
§ 7 Haftung und Garantieleistungen.....	6
§ 8 Dokumentation, Evaluation und Controlling	7
§ 9 Netzkoordination und qualitative Begleitung	7
§ 10 Vergütung.....	7
§ 11 Zuzahlung	8
§ 12 Rechnungslegung	8
§ 13 Beirat.....	8
§ 14 Regelungen zur Teilnahme der Versicherten	9
§ 15 Regelung zum Beitritt weiterer Leistungserbringer.....	10
§ 16 Regelung zur Teilnahme weiterer Krankenkassen.....	11
§ 17 Maßnahmen bei Vertragsverletzung	11
§ 18 Disease–Management–Programme (DMP)	11
§ 19 Öffentlichkeitsarbeit.....	11
§ 20 Datenschutz	12
§ 21 Inkrafttreten, Kündigung	12
§ 22 Exklusivitätsklausel	12
§ 23 Salvatorische Klausel und Schlussbestimmungen	13

Präambel

Die Behandlung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) und Diabetes mellitus soll durch eine leistungssektorenübergreifende sowie interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten gemäß den §§140a - d SGB V i.d.F. v. 01.01.2004 nachhaltig verbessert werden.

Das Versorgungsnetzwerk stellt durch eine am Versorgungsbedarf der Patienten orientierte Kooperation eine interdisziplinäre fach- und sektorübergreifende Krankenversorgung sicher. Dabei stehen Patienten mit hohem Rezidivrisiko nach Koronarintervention und/oder diabetologischen Begleiterkrankungen im Mittelpunkt der Leistungsvereinbarung. Um insbesondere bei Patienten mit Diabetes mellitus ein optimales Management der Akutbehandlung der KHK unter Berücksichtigung der läsions- und gefäßmorphologischen Risikofaktoren sicherzustellen, erfolgt nach frühzeitiger Identifikation relevanter Risikofaktoren eine nach fach- und sektorenübergreifenden Behandlungspfaden definierte Therapie.

KHK-Patienten mit einem bisher nicht behandelten manifesten Diabetes werden identifiziert, um sie entsprechend kardiologisch und diabetologisch zu behandeln. Ebenfalls werden KHK-Patienten mit einer gestörten Glucosetoleranz identifiziert und durch Einleitung geeigneter Maßnahmen versucht, die Entwicklung zu einem manifesten Diabetes mellitus zu verhindern oder zumindest zu verzögern.

Bei KHK-Patienten stellt der Diabetes mellitus eine relevante Comorbidität hinsichtlich Prävalenz, therapeutischem Outcome und langfristigem Krankheitsverlauf dar, umgekehrt gilt das gleiche. Obwohl die enge Verknüpfung von koronarer Herzerkrankung und Glukosestoffwechselstörungen zunehmend diskutiert wird, werden nur 40 – 50 % der Patienten auf diese i.d.R. als Diabetes mellitus manifestierte Stoffwechselstörung behandelt. Die aktuelle Versorgungsrealität zeigt, dass bei diesen Patienten eine Fehl- und Unterversorgung vorliegt, welche durch ein integriertes Versorgungskonzept behoben bzw. abgemildert werden kann.

Dieser Vertrag setzt auf den in der gesetzlichen Krankenversicherung üblicherweise erbrachten Leistungen und vom Sicherstellungsauftrag auch nach wie vor erfassten Leistungen auf und regelt darüber hinausgehende Zusatzleistungen sowie deren Vergütung. Der vorliegende Vertrag regelt ausschließlich Vergütungsregelungen für Zusatzleistungen. Die Vergütung der außerhalb des Vertragsgegenstandes liegenden Regelleistungen erfolgt nach Maßgabe der bisher üblichen Vergütungsregelungen (z. B. Einheitlicher Bewertungsmaßstab/EBM) und wird über die bisher üblichen Abrechnungswege (Gesamtvergütung, Krankenhausbudget etc.) abgegolten. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung, des Krankenhausbudgets etc. erfolgt nicht.

§ 1 Gegenstand und Zielsetzung

(1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung integrierter Behandlungsabläufe im Bereich der Kardiologie und Diabetologie.

(2) Vertragsziele im Modul „KHK/Diabetes“ sind im Einzelnen:

- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität
 - Vermeidung von Myokardinfarkten
 - Reduktion des Anteils der Patienten mit Auftreten eines akuten Koronarsyndroms
 - Verhinderung der Entwicklung einer Herzinsuffizienz bzw. Vermeidung des Fortschreitens der Erkrankung
 - Reduktion von Rezidiven nach Koronarintervention
 - Sicherung der Lebensqualität und Belastungsfähigkeit durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden
- Interventionelle Leistungserbringung hat prinzipiellen Vorrang vor der Bypass-Operation
 - Zügige Behandlungsabläufe
 - Reduktion der diagnostischen Koronarangiographien ohne Befund
 - Minimale Komplikationsrate bei der interventionellen Therapie
 - Interventionelle Behandlung mit sehr gutem Outcome (Nachhaltigkeit)
- Reduktion der diabetologischen Morbidität
 - Leitliniennahe metabolische Einstellung (zielwertorientiert) und Behandlung weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren
 - Blutdruck: möglichst unter Werte von 130/80 mmHg
 - LDL-Cholesterinwert: möglichst < 100 mg/dl (oder sogar < 70 mmHg)
 - Glykosiliertes Hämoglobin (HbA_{1c}) zur Diabetes-Einstellung: möglichst < 6,5 %
 - Taillenumfang bei Männer < 94 cm und bei Frauen < 80 cm
 - Verhinderung makroangiopathischer Komplikationen (paVK, Schlaganfall, Herzinfarkt)
 - Verhinderung mikroangiopathischer Komplikationen (Retino-, Nephro- und Neuropathie)
 - Frühzeitige Erfassung und Behandlung diabetischer Folgeerkrankungen
- Reduktion von notfallmäßigen stationären Aufnahmen bzw. Wiederaufnahmen aufgrund einer Angina pectoris

(3) Weitere Bestandteile dieses Vertrages sind:

Anlage 1 a	Behandlungspfad
b	Codierung der Indikation
c	Medizinisches Konzept
Anlage 2 a	Leitlinien
Anlage 3	Patienteneinverständniserklärung
Anlage 4 a	Vergütungsvereinbarung ambulante Versorgung
b	Vergütungsvereinbarung Krankenhaus
Anlage 5 a	Beitrittserklärung Vertragsärzte
b	Beitrittserklärung Krankenhaus
c	Beitrittserklärung Krankenkassen
Anlage 6 a	Dokumentationsverfahren Vertragsärzte
b	Dokumentationsverfahren Krankenhaus
Anlage 7 a	Arzneimittelliste - wird noch erstellt -
Anlage 8	- zur Zeit nicht belegt -

Anlage 9	Netzwerkkoordination
Anlage 10	Garantievereinbarungen des Krankenhauses mit den Stent- Herstellern
Anlage 11	Beitrittsvoraussetzungen für weitere Leistungserbringer (Qualitätskriterium)

- (4) Die Leistungserbringer verpflichten sich zur Einhaltung der Vertragsinhalte und den in den Anlagen 1, 2, 6 und 7 aufgeführten Konzeptinhalte, soweit dem kein medizinischer Grund entgegensteht.

§ 2 a Grundsätze

- (1) Die an diesem Vertrag Beteiligten verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen und ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten.
- (2) Insbesondere übernehmen die Vertragspartner die Gewähr dafür, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse erfüllen.
- (3) Weiter stellen die Vertragspartner eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten sicher, einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss. Den Anforderungen des Datenschutzes wird Rechnung getragen (§ 20).
- (4) Die freie Arztwahl der Versicherten ist durch diese Vereinbarung nicht eingeschränkt.

§ 2 b Maßnahmen

- (1) In diesem Vertrag wird ein Versorgungskonzept für KHK-Patienten mit klinisch relevanten Koronarstenosen und Diabetes mellitus zu folgenden relevanten Versorgungsproblemen vereinbart:
- Bei KHK-Patienten, bei denen die in Anlage 1 definierten Risikofaktoren auf einen Diabetes mellitus vorliegen, wird, sofern nicht bereits die Diagnose eines Diabetes mellitus oder eine entsprechende Ausschlussdiagnostik innerhalb der letzten zwölf Monate vorliegt, ein Diabetes Screening ambulant durchgeführt (Anlage 1c). Bei Diabetes-Patienten erfolgt ambulant ein KHK-Screening nach den Kriterien der Anlage 1c.
 - Die Information über einen bestehenden Diabetes mellitus fließt bei einer Therapieentscheidung zur kathetergestützten Revaskularisierung der Koronargefäße ein. Dabei kann durch den gezielten Einsatz von medikamentenbeschichteten Stents die Häufigkeit von Rezidiven signifikant gesenkt und aortocoronare Bypass-Operationen z.T. durch eine kathetergestützte Revaskularisierung ersetzt werden. Eine rezidivbedingte Einschränkung der Lebensqualität für den Patienten und zusätzliche Kosten für die Versichertengemeinschaft werden vermieden (Anlage 1c).
 - Patienten, bei denen im Rahmen des Diabetes Screenings ein Frühdiabetes oder ein manifester Diabetes diagnostiziert wurde, werden in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis vorgestellt. Die diabetologische Einstellung der Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus wird überprüft und ggf. eine Optimierung der Therapie durch eine adäquate fachärztliche Betreuung eingeleitet (Anlage 1c).

- (2) Zu den Maßnahmen der Hausärzte gehören zusätzlich zur Regelversorgung die Einhaltung und Umsetzung der jeweils vom Facharzt festgelegten Therapiepläne, die Überweisung an den jeweiligen Facharzt bei Nichterreichen der festgelegten Ziele und die Dokumentation.
- (3) Zu den Maßnahmen der Fachärzte gehören die Therapieplanung und die Festlegung der Therapieziele. Anhand des Therapieplans wird der Patient von den Hausärzten betreut und gesteuert. Die Fachärzte besprechen mit den Patienten die Wiedervorstellungsintervalle.
- (4) Das Krankenhaus führt die kardiologisch interventionelle Therapie durch.
- (5) Das Krankenhaus wird alle 12 Monate einen Qualitätsbericht erstellen, der sich an den Versorgungs- und Qualitätszielen orientiert.
- (6) Die Leistungserbringer halten sich bei der Therapie der Patienten an die in den Anlagen 1 und 2 festgelegten Behandlungsempfehlungen.

§ 3 Geltungsbereich

- (1) Diese Vereinbarung gilt für:
 - a) die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die nach Anlage 3 ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung erklärt haben
 - b) die vertragschließenden teilnehmenden Krankenkassen
 - c) die vertragschließenden teilnehmenden Vertragsärzte
 - d) die vertragschließenden teilnehmenden Krankenhäuser
- (2) Die unter Absatz 1 Buchstabe c und d genannten Vertragspartner werden im vorliegenden Vertrag als Leistungserbringer bezeichnet.

§ 4 Kooperationsvereinbarungen

Umsatzsteuerpflichtige Leistungserbringer (z.B. Hilfsmittelerbringer, Taxiunternehmen etc.) können dieser Vereinbarung nicht beitreten. Die Netzmitglieder können diese jedoch mittels Kooperationsvereinbarungen bei Bedarf hinzuziehen. Die ggf. in den jeweiligen Anlagen 8 des Vertrages vereinbarten Anforderungen an kooperative Partner sind vom Netzmitglied zu beachten.

§ 5 Leistungsumfang

- (1) Die Ziele sollen insbesondere durch folgende Einzelmaßnahmen erreicht werden:
 - Identifikation von bislang nicht diagnostizierten Diabetikern bzw. Patienten mit Diabetes Vorstufen bei Patienten mit Koronarer Herzkrankheit sowie Identifikation von KHK-Erkrankungen bei Patienten mit Diabetes Mellitus durch entsprechende Screening-Maßnahmen im ambulanten Bereich nach den in Anlage 1 definierten Kriterien
 - Einsatz von medikamentenbeschichteten Stents - wenn medizinisch indiziert - entsprechend der in Anlage 1 a - c definierten Kriterien

- Abgestimmte interdisziplinäre Behandlung der beteiligten Haus- und Fachärzte im ambulanten Bereich sowie bei Bedarf sektorenübergreifende abgestimmte Behandlung entsprechend der Behandlungsstandards (Anlage 1 a - c).
 - Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Patienten mit den im Absatz (1) genannten Zielwerten
 - Leitliniengestützte Medikation unter Beachtung der Kontraindikationen
- (2) Der Leistungsumfang im Rahmen dieser Vereinbarung ergibt sich aus den Anlagen 1 und 2. Die dargestellten Behandlungspfade sind für die Leistungserbringer verpflichtend. Abweichungen sind entsprechend zu begründen, zu dokumentieren und dem Netzkoordinator zur Verfügung zu stellen.
 - (3) Bei Streitigkeiten über den in dieser Vereinbarung geregelten Leistungsumfang ist der Beirat einzuberufen. Ggf. entstehende Mehraufwendungen im Rahmen der Arzneimittelverordnung sind durch den jeweils verordnenden Vertragsarzt zwecks Anmeldung einer Praxisbesonderheit zu dokumentieren.
 - (4) Die Leistungserbringer richten sich bei der Verordnung von Arzneimitteln nach der Anlage 7. Die Arzneimittelverordnung richtet sich nach dem medizinisch Notwendigen unter Berücksichtigung ökonomischer und wirtschaftlicher Gegebenheiten. Die Vertragspartner stimmen erstmalig bis zum **31.12.2006** auf Basis der Anlage 7 eine Empfehlungsliste der zu verordnenden Medikamente ab. Diese Liste ist regelmäßig durch die Vertragspartner zu aktualisieren und im Beirat zu verabschieden.
 - (5) Neben den medizinischen Grundlagen der DMP sind die Anlagen 1 a – c (Behandlungspfade und medizinische Konzepte zur Prozeßoptimierung etc.) Bestandteil dieses Vertrages.
 - (6) Es wird eine Mengenbegrenzung für die zu versorgende Patientenklientel dieser Vereinbarung in Höhe von insgesamt **750** Fällen pro Jahr vereinbart, davon können **120** Patienten einen Drug-Eluting-Stent erhalten. Bei Erreichung von 75 % der jeweils gültigen Mengenbegrenzung informiert der Netzkoordinator unverzüglich den Beirat. Eine Änderung der Mengenbegrenzung bespricht der Beirat und macht den Vertragspartnern unter Berücksichtigung der Umsteuerungseffekte und des Finanzvolumens der Anschubfinanzierung Vorschläge zur Anpassung.

§ 6 Qualitätsanforderungen und -sicherungen

- (1) Die Leistungserbringer verpflichten sich, die Qualitätsanforderungen dieser Vereinbarung und der Anlagen sowie die Anforderungen der §§ 135 Abs. 2, 135a, 136a, 137, 137d SGB V einzuhalten. Zur Erreichung der Versorgungs- und Qualitätsziele schließt das Krankenhaus alle Patienten in das Qualitätsmanagement (QM) und die externe Qualitätssicherung (EQS) gem. § 137 SGB V ein.

§ 7 Haftung und Garantieleistungen

- (1) Die Vertragsparteien haften jeweils nur für die von Ihnen vertragsgemäß zu erbringenden Leistungen nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (2) Tritt bei eingeschriebenen Patienten, bei denen im Rahmen dieses Vertrages eine Koronarintervention unter Einsatz eines medikamentenbeschichteten Stents vorgenommen wurde, innerhalb des Zeitraums, in dem der Patient in der Integrierten Versorgung eingeschrieben ist, eine Restenose auf, so erfolgt die Revaskularisation – sofern dem keine medizinischen

Gründe entgegenstehen - in dem Krankenhaus, in dem auch der Ersteingriff vorgenommen worden ist. Bestehen gegen den Hersteller Garantieansprüche in Form eines kostenlosen Ersatzstents und können diese Ansprüche geltend gemacht werden, so wird dieser Stent der Krankenkasse nicht in Rechnung gestellt (Anlage 4 b). Die bestehenden Garantievereinbarungen sind mitsamt den jeweils gültigen Konditionen in der Anlage 10 aufgeführt.

- (3) Das Krankenhaus ist nicht verpflichtet, eine ablehnende Entscheidung gerichtlich anzufechten. Das Krankenhaus haftet gegenüber der Krankenkasse nicht für die Verletzung von vertraglichen Pflichten gegenüber einem Stent-Hersteller, die eine ablehnende Entscheidung rechtfertigen.

§ 8 Dokumentation, Evaluation und Controlling

- (1) Um eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung (Evaluation) der nach dieser Vereinbarung durchgeführten sektorenübergreifenden Behandlung zu ermöglichen, erfolgt eine entsprechende Dokumentation. Vorhandene Dokumentationsinstrumente werden genutzt. Näheres zur Dokumentation regelt die Anlage 6.
- (2) Die Leistungserbringer stellen der jeweiligen Krankenkasse die Daten der im Rahmen der Integrierten Versorgung behandelten Patienten in pseudonymisierter Form zur Verfügung. Sollten die Dokumentationsbögen nicht vollständig ausgefüllt und/oder übermittelt worden sein, besteht kein Vergütungsanspruch aus dieser Vereinbarung. Bereits gezahlte Vergütungen werden zurückgefordert.
- (3) Die Ergebnisse der Evaluation werden ausschließlich den Vertragspartnern zur Verfügung gestellt. Veröffentlichungen erfolgen nach Abstimmung zwischen den Vertragspartnern im Beirat.

§ 9 Netzkoordination und qualitative Begleitung

- (1) Die LBK Hamburg GmbH verpflichtet sich, die Aufgaben eines Netzkoordinators gem. Anlage 9 zu übernehmen.
- (2) Die Leistungen der Netzkoordination und qualitativen Begleitung erfolgen für die Leistungserbringer kostenneutral. Eine gesonderte Vergütung für die Übermittlung der Daten gemäß § 12 erfolgt nicht. Sie ist mit der Vergütung nach Anlagen 4 abgegolten.

§ 10 Vergütung

- (1) Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgt gem. § 12 Abs. 1 nach Maßgabe der jeweils geltenden Abrechnungsregelung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Abweichende Vergütungsregelungen der vertragsärztlichen Leistungen sind in Anlage 4a geregelt.
- (2) Für die Vergütung der stationären und damit zusammenhängenden Leistungen der teilnehmenden Krankenhäuser für eingeschriebene Versicherte kommen die gesetzlichen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) zur Anwendung, soweit in der Anlage 4b keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

- (3) Die Leistungserbringer verpflichten sich, insbesondere bezüglich der Vergütungsregelungen gegenüber Dritten – auch nach eventuellem Ausscheiden – Stillschweigen zu bewahren.
- (4) Bei Anpassung/Änderung des EBM 2000 Plus und/oder des Honorarverteilungsvertrages sowie des Fallpauschalenkataloges gelten die Regelungen dieser Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung weiter. Die Vertragsparteien verpflichten sich unverzüglich Verhandlungen über notwendige Anpassungen aufzunehmen.
- (5) Über die Abgeltung der Investitionskosten (z.B. Software im Zusammenhang mit dem Dokumentationsverfahren) beraten die Vertragspartner im Beirat und erstellen eine Beschlussempfehlung für die Kostenträger.
- (6) Spätestens mit Auslauf der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V sollte das Netz befähigt sein, sich ohne Zusatzfinanzierung wirtschaftlich selbst zu tragen. Der Netzkoordinator wird mit Unterstützung der Kostenträger rechtzeitig entsprechende Beratungsunterlagen für den Beirat vorbereiten.

§ 11 Zuzahlung

Die Zuzahlung der Versicherten erfolgt entsprechend den gesetzlichen und satzungsrechtlichen Regelungen.

§ 12 Rechnungslegung

- (1) Die Rechnungslegung erfolgt durch die Vertragsärzte für die nach Anlage 4 a bestimmten Beträge innerhalb von vier Wochen nach Quartalsende direkt mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.
- (2) Die Rechnungslegung erfolgt durch das Krankenhaus für die nach Anlage 4 b bestimmten Beträge unmittelbar nach Abschluss der Behandlung; § 301 SGB V gilt entsprechend. Soweit in diesem Vertrag und seinen Anlagen keine abweichenden Regelungen getroffen wurden, gelten für die Begleichung der Rechnungen der Krankenhäuser die Bestimmungen des jeweils geltenden Vertrages gem. § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB.
- (3) Patienten, deren Einschreibung bis 1 Monat vor Vertragsende erfolgt, wird die Integrierte Versorgung bis zum Ende des Behandlungspfades durch die einschreibende Vertragspartei ermöglicht. Voraussetzung für den Vergütungsanspruch ist, dass der Gesamtbetrag für die Restbehandlung im Voraus bis einen Monat vor Ende der Vertragslaufzeit bzw. Ende der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V der zuständigen Krankenkasse in Rechnung gestellt wird.

§ 13 Beirat

- (1) Die Klärung von Vertragsfragen sowie die Beilegung von Meinungsverschiedenheiten bei der Durchführung dieses Vertrages wird dem Beirat übertragen. Der Beirat strebt einvernehmliche Lösungen an.
- (2) Dem Beirat gehören 4 stimmberechtigte Mitglieder der Leistungserbringer und 4 stimmberechtigte Mitglieder der Krankenkassen mit gleicher Stimmenzahl an. Entscheidungen werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Für alle stimmberechtigten Mitglieder sind Stellvertreter

in gleicher Anzahl zu benennen.

- (3) Über die Sitzverteilung auf Krankenkassenseite verständigen sich die Kassen unter Berücksichtigung regionaler Marktanteile. Auf der Seite der Leistungserbringer werden folgende vier Interessengruppen im Beirat vertreten sein: Krankenhaus, niedergelassene Kardiologen, niedergelassene Diabetologen sowie Hausärzte. Die LBK Hamburg GmbH für Asklepios Klinik St. Georg, Die Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG und die Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen e.V. erhalten ein vorrangiges Vorschlagsrecht zur Benennung jeweils eines Beiratsmitgliedes sowie eines Stellvertreters für die jeweils vertretene Interessengruppe. Dabei gilt die Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG als Vertreter der Interessengruppe der Hausärzte. Scheidet einer dieser Vertragspartner aus, fällt das Benennungsrecht an eine die fachlich-ärztliche Vertretung wahrnehmende Nachfolgerin, anderenfalls an alle Leistungserbringer gemeinsam, deren fachlich-ärztliche Zugehörigkeit der jeweiligen Interessengruppe entspricht. Gleiches gilt, soweit eine Interessengruppe nicht durch einen entsprechenden Vertragspartner vertreten wird.
- (4) Eine gegenseitige Stimmrechtsbevollmächtigung einzelner Vertreter innerhalb der jeweiligen Gruppe ist zulässig, um auch bei Verhinderungen eine paritätische Abstimmung herbeiführen zu können.
- (5) Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Beirat einzuberufen. Der Beirat kann auch als Schiedsstelle bei Meinungsverschiedenheiten zur Klärung von Vertragsfragen angerufen werden.
- (6) Der Beirat gibt sich eine Geschäftsordnung.
- (7) Der Beirat entscheidet über den Beitritt weiterer Vertragspartner, insbesondere auch einzelner Leistungserbringer. Ihm steht das Recht zum Ausschluss einzelner Vertragspartner nach § 21 Abs. 6 Satz 2 und 3 zu.
- (8) Der Beirat hat insbesondere zu Fragen des Leistungsumfanges, der Qualität, der Vertragsauslegung und –weiterentwicklungen, der Vergütung, der Dokumentation, der ökonomischen und medizinischen Entwicklung des integrierten Versorgungsmodells zu beraten. Der Beirat erarbeitet Vorschläge zur Änderung des Vertrages oder seiner Anlagen ggfls. auch in Abstimmung mit den jeweiligen Fachleuten. Diese können von ihm zur Unterstützung in Arbeitsgruppen berufen werden. Er berät das medizinische Konzept (Anlagen 1 a – c) jeweils nach Ablauf von 6 Monaten und erstattet hierzu Bericht. Die Änderungsvorschläge werden den Vertragspartnern über den Beirat zur Umsetzung empfohlen.

§ 14 Regelungen zur Teilnahme der Versicherten

- (1) Voraussetzung für die Teilnahme eines Versicherten an diesem Integrationsmodell ist dessen Einverständnis (Anlage 3) und die Teilnahme an den DMP-Programmen „Diabetes Typ I“ oder „Diabetes Typ II“ und „KHK“ der beteiligten Krankenkassen, soweit diese für die Region angeboten werden. Zum Zeitpunkt der Einschreibung muss der Versicherte mindestens an einem DMP teilnehmen und ist im weiteren Verlauf des Behandlungspfades schnellstmöglich in das weitere tangierte DMP – sofern dieses in der betreffenden Region eingeführt ist – einzuschreiben. Die Aufklärung und Einschreibung erfolgt nur durch einschreibeberechtigte Ärzte. Geeignete Versicherte der beteiligten Krankenkassen werden über die Integrierte Versorgung informiert und können an der Integrierten Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen. Die Ansprüche der Versicherten entsprechen §§ 2, 2a und 11 bis 62 SGB V und sind Grundlage dieser Vereinbarung.

- (2) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Diese ist vom einschreibenden Arzt zunächst an die übrigen behandelnden Ärzte im Rahmen dieses Integrationsvertrages zur Unterschrift zuzuleiten. Anschließend erfolgt die Übermittlung der Teilnahmeerklärung an die Krankenkasse.
- (3) Der Versicherte kann seine Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber seiner Krankenkasse kündigen und scheidet, sofern er keinen späteren Zeitpunkt für sein Ausscheiden bestimmt, mit Zugang des Kündigungsschreibens bei der Krankenkasse aus. Der einschreibende Leistungserbringer wird innerhalb von 14 Kalendertagen nach Kündigungseingang von der Krankenkasse informiert.
- (4) Die Teilnahme des Versicherten endet
 - a) frühestens mit Zugang bzw. Wirksamkeit der Kündigung
 - b) mit dem Wechsel zu einer nicht beteiligten Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs
 - c) mit dem Ende der Mitgliedschaft bei der beigetretenen Krankenkasse
 - d) mit dem Ende der Behandlung im Rahmen der Integrierten Versorgung - 24 Monate nach erfolgter Einschreibung
 - e) wenn zwei der beteiligten Leistungserbringer darin übereinstimmen, dass durch die Compliance des Patienten eine sinnvolle Therapie nicht gewährleistet ist.

Die Krankenkasse informiert den Versicherten über die Ausschreibung aus dem Vertrag.

§ 15 Regelung zum Beitritt weiterer Leistungserbringer

- (1) Das Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG gemäß ihrer Satzung sowie die Arbeitsgemeinschaft der diabetologischen Schwerpunktpraxen e.V. beteiligt sich an diesem Integrationsvertrag mit der Maßgabe ihren Mitgliedern die Option zur Teilnahme am Vertrag zu eröffnen. Die einzelnen Mitglieder erklären gegenüber dem Beirat ihren Beitritt zum Vertrag. Mit der positiven Entscheidung des Beirates werden die Mitglieder des Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG und der Arbeitsgemeinschaft der diabetologischen Schwerpunktpraxen e.V. Vertragspartner auf Leistungserbringerseite.
- (2) Weitere geeignete Vertragsärzte, die an den für sie angebotenen DMP-Programmen teilnehmen, können dem Vertrag vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates beitreten. Der Beitritt zu diesem Vertrag ist schriftlich mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 5a zu erklären. Die Teilnahme des Arztes beginnt - sofern kein anderer Termin bestimmt wird - mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates. Der Vertragsarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber den Vertragspartnern kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.
- (3) Weitere Krankenhäuser können dem Vertrag vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates beitreten, sofern die in Anlage 11 genannten Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Der Beitritt zu diesem Vertrag ist schriftlich mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 5b zu erklären. Die Teilnahme des Krankenhauses beginnt - sofern kein anderer Termin bestimmt wird - mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates. Das Krankenhaus kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber den Vertragspartnern kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende des Quartals.

§ 16 Regelung zur Teilnahme weiterer Krankenkassen

Die Teilnahme weiterer Krankenkassen beginnt - sofern kein anderer Termin bestimmt wird -, vorbehaltlich der Zustimmung des Beirates, mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5c, frühestens jedoch mit Vereinbarungsbeginn. Diese Vereinbarung gilt für alle Krankenkassen, die ihren Beitritt gegenüber dem Beirat gemäß Anlage 5c erklärt haben.

§ 17 Maßnahmen bei Vertragsverletzung

- (1) Verstößt ein Leistungserbringer gegen gesetzliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen oder gegen die Inhalte dieser Vereinbarung, werden neben möglichen gesetzlichen oder berufsrechtlichen Maßnahmen nachfolgende Maßnahmen ergriffen:
 - a) Schriftliche Aufforderung durch die Krankenkassen, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten
 - b) Auf Antrag eines Vertragspartners und nach Entscheidung des Beirates (vgl. § 14) Ausschluss von dieser Vereinbarung
- (2) Sonstige Schadenersatzansprüche sowie gesetzliche oder berufsrechtliche Maßnahmen bleiben unberührt.

§ 18 Disease-Management-Programme (DMP)

- (1) Die Leistungserbringer verpflichten sich, die teilnehmenden Versicherten sowohl über die Integrierte Versorgung als auch über den Sinn und Nutzen der Disease-Management-Programme „Diabetes Typ I“ oder „Diabetes Typ II“ und „KHK“ zu informieren und den entsprechenden Programmen zuzuführen, soweit diese für die Region angeboten werden.
- (2) Sofern durch Änderungen in der Risikostrukturausgleichsverordnung Überschneidungen zwischen den medizinischen Inhalten der DMPs und der Integrierten Versorgung entstehen, ist das DMP vorrangig und die integrierte Versorgungsform entsprechend von den Vertragspartnern so zu modifizieren (vgl. § 14), dass Kompatibilität gewährleistet ist.

§ 19 Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich zu einer mit- und aufeinander abgestimmten Öffentlichkeitsarbeit.
- (2) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten insbesondere über die ihnen zur Verfügung stehenden Medien (Mitgliederzeitschriften, Internet, Mailings) über die Möglichkeit der Teilnahme an der Integrationsversorgung.
- (3) Kosten für im Beirat einstimmig abgestimmte Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit können die beteiligten Krankenkassen dem Netz im Rahmen der Anschubfinanzierung erstatten.

§ 20 Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften, insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB V und die ärztliche Schweigepflicht, zu beachten.

§ 21 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt zum **01.10.2006** in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung gilt zunächst bis zum **31.12.2008**. Die Laufzeit verlängert sich um jeweils 1 Jahr.
- (3) Die Vereinbarung kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum 30. Juni bzw. 31. Dezember eines jeden Kalenderjahres gekündigt werden.
- (4) Die Kündigung dieser Vereinbarung durch einzelne Vertragspartner ist möglich. In diesem Fall behält die Vereinbarung für die übrigen Vertragspartner weiterhin ihre Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage dieser Vereinbarung.
- (5) Der Ordnungsgeber hat zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patienten in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) die Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) vorgesehen. Soweit diese Vereinbarung die medizinischen Grundlagen eines Behandlungsprogramms tangiert, sind sich die Vertragspartner darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen dieses Vertrages, die infolge einer Risikostrukturausgleichsverordnung, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der vorgesehenen Fristen oder zu den vorgesehenen Stichtagen vorgenommen werden. Kommt eine Einigung über die vorzunehmenden Änderungen nicht zustande, kann der Vertrag mit sofortiger Wirkung gekündigt werden.
- (6) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Als wichtige Gründe gelten insbesondere Gesetzesänderungen und Maßnahmen der Aufsichtsbehörde gegenüber den Krankenkassen. Ein wichtiger Grund liegt des Weiteren vor, wenn wesentliche Vertragspflichten verletzt und nicht innerhalb einer angemessenen Frist behoben werden.
- (7) Die Kündigung hat mit eingeschriebenem Brief – bei einer außerordentlichen Kündigung unter Angabe der Kündigungsgründe – zu erfolgen.

§ 22 Exklusivitätsklausel

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bis zum Ende der Anschubfinanzierung nach § 140d SGB V vor Abschluss weiterer Verträge zur Integrierten Versorgung zu Diabetes und / oder Kardiologie, die an diesem Vertrag beteiligten Vertragspartner vorab zu informieren und eine Beteiligungsmöglichkeit zu eröffnen. Für die Krankenkassen gilt diese Verpflichtung nur, sofern das regionale Einzugsgebiet der Leistungserbringer betroffen ist. Auf Aufforderung ei-

nes Vertragspartners erklären die übrigen Vertragspartner auf Basis des ihnen offengelegten Verhandlungsstandes binnen 4 Wochen ihre Beteiligungsabsicht und sich zur Wahrnehmung des außerordentlichen Kündigungsrechtes nach Abs. 2 Satz 1.

- (2) Nach Abschluss eines solchen neuen Integrationsvertrages ist den übrigen Vertragspartnern – für einen Zeitraum von 4 Wochen nach Bekanntgabe – ein wichtiger Kündigungsgrund im Sinne des § 21 Abs. 6 einzuräumen. Dieses außerordentliche Kündigungsrecht verfällt, soweit im Rahmen der Erklärung zu Abs. 1 Satz 3 eine mögliche Kündigung nicht erklärt worden ist.

§ 23 Salvatorische Klausel und Schlussbestimmungen

- (1) Sollte eine Bestimmung des Vertrages unwirksam sein oder werden oder der Vertrag unvollständig sein, so wird dieser in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung, einschließlich der Anlagen, bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für diese Schriftformklausel.
- (3) Gerichtsstand ist Hamburg.

vereinbarung g.U.
bis zum 31.12.2007

Datum _____ PD Dr. med. Günther Kugler

Datum _____ Dr. med. Bastian Steinberg

Datum _____ Jörg von Hübbernet

Datum _____ Dr. med. Hans Welcker

Datum _____
LEK Hamburg GmbH
Julia Kähning
Geschäftsführerin
Dr. Jörg Weidenhammer
Geschäftsführer

Datum _____
Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG
Dr. Bastian Steinberg
Geschäftsführer

Datum _____
Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen
e.V.
Jörg von Hübbernet
Vorsitzender des Vorstandes

Datum _____
AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes

Datum PD Dr. med. Günther Kugler

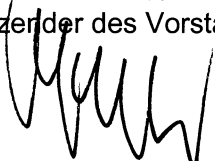
Datum Dr. med. Bastian Steinberg

Datum Jörg von Hübbernet

Datum Dr. med. Hans Welcker

Datum LBK Hamburg GmbH
Julia Kähning
Geschäftsführerin Dr. Jörg Weidenhammer
Geschäftsführer

Datum Hamburger Gesundheitszentrum GmbH & Co. KG
Dr. Bastian Steinberg
Geschäftsführer

Datum Arbeitsgemeinschaft der Hamburger Diabetes Schwerpunktpraxen
e.V.
Jörg von Hübbernet
Vorsitzender des Vorstandes


Datum AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes