

Vertrag

gem. § 140 a SGB V

über die besondere Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven

der hkk

- im Folgenden Krankenkassen genannt

und

IVP Networks GmbH

- im Folgenden Psych-Management (PM) genannt

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

- im Folgenden KVHB genannt

Präambel

Der Gesetzgeber räumt den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 140 a SGB V die Möglichkeit ein, zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ihrer Versicherten mit zugelassenen Leistungserbringern Verträge zur besonderen Versorgung zu vereinbaren. Durch den vorliegenden Vertrag wird den Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen eine besondere Versorgung ermöglicht. Menschen mit psychischen Erkrankungen wird die Möglichkeit einer koordinierten Behandlung über die reguläre Versorgung hinaus geboten.

Die Versorgung der Versicherten erfolgt im Rahmen dieses Vertrages flächendeckend und bedarfsgerecht. Die Behandlung orientiert sich an dem jeweiligen Erkrankungsbild zugrunde liegenden, leitlinienorientierten und evidenzbasierten Behandlungspfad. Diese Versorgung soll das komplette Behandlungsspektrum, von leicht ausgeprägten psychischen Erkrankungen bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen, abdecken.

§ 1 Ziele und Gegenstand

- (1) Ziel dieses Vertrages ist eine individuell bedarfsgerechte Optimierung der Versorgungskette, indem die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren und einzelnen Leistungserbringern gestärkt und ein Netzwerk für systematische Zusammenarbeit aufgebaut wird.
- (2) Durch eine enge Verzahnung der an einer umfassenden Versorgung und Betreuung beteiligten Leistungserbringer sollen Ressourcen effektiver und zielgenauer eingesetzt werden, um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen und zeitgleich eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung der betroffenen Versicherten zu vermeiden. Damit gehen folgende Unterziele einher:
 - a. Senkung der Anzahl medizinisch nicht notwendiger stationärer Aufenthalte und vermeidbarer Selbsteinweisungen,
 - b. Verkürzung bzw. Optimierung der Krankenhausverweildauern, wenn medizinisch nicht anderweitig indiziert,
 - c. Schnellerer Zugang zur bedarfsgerechten Versorgung (inkl. der Versorgung mit Arzneimitteln),
 - d. Vermeidung von Therapieabbrüchen,
 - e. Vermeidung von medizinisch nicht notwendigen stationären Wiederaufnahmen,
 - f. Raschere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und rascher Zugang zu rehabilitativen Maßnahmen.
- (3) Gegenstand dieses Vertrages ist die besondere Versorgung gem. § 140 a SGB V für Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Im Rahmen des Versorgungskonzepts erfolgt eine Identifikation

von Versicherten mit hohem Fehlversorgungsrisiko und sich daraus ergebendem Steuerungspotential. Diese Versicherten können in Versorgungsmodulen gesteuert werden, welche wiederum Leistungen der ambulanten als auch stationären Regelversorgung gemäß den Vorgaben des SGB V, kassenspezifische selektivvertragliche Leistungen, sonstige niedrigschwellige Leistungen oder Leistungen weiterer Sozialleistungsträger enthalten können. Das Leistungsgeschehen wird kontinuierlich begleitet und durch entsprechende Casemanager der Krankenkassen oder das PM gesteuert. Die Einsteuerung in die einzelnen Versorgungsmodulen erfolgt gem. dem Versorgungskonzept durch das PM.

- (4) Alle an der Versorgung teilnehmenden Vertragspartner sind über eine Software (IT-Plattform) vernetzt, über die ein Informationsaustausch zu den einzelnen Therapieverläufen der teilnehmenden Versicherten möglich ist. Die Dokumentation erfolgt grundsätzlich über die IT-Plattform.

§ 2 Teilnahmebedingungen Versicherte

- (1) Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben ausschließlich die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen, die am Vertrag gem. § 140 a SGB V über die besondere Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen teilnehmen. Die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist für die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen freiwillig und kostenlos.
- (2) Weitere Voraussetzungen zur Teilnahme sind
 - a. die Bereitschaft der Versicherten zur Steuerung ihrer ambulanten Versorgung durch die Vertragspartner sowie zur aktiven Beteiligung am Versorgungsgeschehen im Sinne der gemeinsamen Zielsetzung. Ein grundsätzliches Anrecht des Versicherten auf Teilnahme besteht nicht.
 - b. die Verpflichtung, ambulante Leistungen, welche sich spezifisch auf das zur Teilnahme an diesem Vertrag berechtigende Erkrankungsbild beziehen, nur im Rahmen der Versorgungsoptionen (Module) dieses Vertrages in Anspruch zu nehmen.
 - c. die wirksame Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 6).
 - d. das gesicherte Vorliegen einer spezifischen Erkrankung der folgenden Erkrankungsgruppen:
 - F2*: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
 - F3*: Affektive Störungen
 - F4*: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
 - F6*: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

- (3) Die Krankenkasse prüft die Teilnahmevoraussetzungen und dokumentiert das Ergebnis des Einschreibeverfahrens in der IT-Plattform. Die Krankenkasse ist berechtigt bei Vorliegen von wichtigen Gründen, wie insbesondere zwischenzeitlich nicht mehr erfüllte Teilnahmevoraussetzungen oder fehlende Therapietreue des Versicherten, die Teilnahme des Versicherten umgehend zu beenden. In diesem Fall hat die Krankenkasse den Versicherten über die Beendigung der Teilnahme schriftlich zu informieren.

§ 3 Allgemeine Leistungsbeschreibung

Die Leistungen dieses Vertrages sind modular aufgebaut, jeder teilnehmende Vertragspartner nimmt mindestens an einem Versorgungsmodul teil. Der Leistungsumfang, die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung der einzelnen Module sind in den jeweiligen Anlagen geregelt. Durch Beitritt weiterer Vertragspartner und Vereinbarung zusätzlicher Anlagen können weitere Module ergänzt werden bzw. durch Kündigung der jeweiligen Vertragspartner Module entfernt werden. Eine schematische Übersicht über das Versorgungskonzept, den Behandlungspfad und die Leistungsmodule findet sich in Anlage 5.

Die Leistungen sind unterteilt in folgende Module, die Auflistung ist nicht abschließend:

(1) Modul Psych-Management (PM)

- a. Eingangsassessments durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Empfehlung einer leitliniengerechten Behandlung auf der Grundlage des Behandlungspfades
- b. Bereitstellung und Wartung der IT-Plattform
- c. Bedarfsgerechte Steuerung der Versicherten in die verschiedenen Versorgungsmodule der Regelversorgung oder Module der besonderen Versorgung in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Leistungserbringern
- d. Information der Versicherten über niedrigschwellige Angebote (Nachtcafé, Selbsthilfegruppen, etc.)
- e. Teilnehmerverwaltung Versicherte und Monitoring
- f. Koordinierung der Leistungserbringer und Krankenkassen
- g. Information über Einschreibungsverfahren und Einschreibungsergebnis an einschreibenden Arzt und Krankenkasse
- h. Rückmeldung über Behandlungsverlauf des Versicherten an einschreibenden Arzt
- i. Sicherstellung eines regelmäßigen Arzt-Patienten-Kontakts (quartalsweise) in Bezug auf die psychische Erkrankung

(2) Modul eHealth (eH)

- a. Bereitstellung eines Online-Selbsthilfeangebotes
- b. Bereitstellung eines Telefon-Coaching
- c. Bereitstellung einer Krisenhotline mit 24-stündiger Erreichbarkeit an allen Tagen im Jahr

(3) Modul Ärztliche Versorgung (KVHB)

- a. Identifikation und Empfehlung zur Einschreibung der Versicherten in das Versorgungskonzept: Die Teilnahme der (qualifizierten) Haus-/Fachärzte bzw. Psychotherapeuten, die ihren Praxissitz im Geltungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen haben, erfolgt über die KVHB. Leistung der einschreibenden Haus-/Fachärzte bzw. Psychotherapeuten ist die Identifikation der Versicherten anhand des Screeningfragebogens und die Dokumentation der psychischen Anamnese (IT-Plattform).
- b. Dokumentation und Abrechnung der (erfolgreichen) Einschreibung: Die einschreibenden Haus-/Fachärzte bzw. Psychotherapeuten sollen über die IT-Plattform die (Empfehlung zur) Einschreibung vornehmen oder in Ausnahmefällen direkt an das PM übermitteln. Die Abrechnung einer erfolgreichen Einschreibung erfolgt direkt über die KVHB.
- c. Fachärztliche/psychotherapeutische Akutversorgung: Schnelle und bedarfsgerechte Termine beim Facharzt bzw. Psychotherapeuten für teilnehmende Versicherte. Fachärzte bzw. Psychotherapeuten nehmen Versicherte, die über diesen Vertrag gesteuert werden, bedarfsgerecht auf. Kurzfristige Termine für (u.a. medikamentöse) Therapieanpassung/-optimierung. Fachärztliche/Psychotherapeutische Begutachtung. Ggf. Verordnungen von Leistungen der Regelversorgung (APP, Soziotherapie, Psychotherapie).

(4) Modul Multimodale Behandlungseinheiten (MBE 2.0)

Im Rahmen des Moduls MBE 2.0 soll durch sozialpsychiatrische Leistungserbringer eine Behandlung erbracht werden, welche die umfassende fachpflegerische sowie soziotherapeutische Versorgung im Lebensumfeld gemäß den Rahmenbedingungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (§ 37 SGB V) und der Soziotherapie (§ 37 a SGB V) umfasst. Ergänzend hierzu sind Angebote im Sinne von Empowerment und Recovery-Gruppen Bestandteil dieses Moduls. Ziel des Moduls ist es, den teilnehmenden Versicherten zu befähigen, seinen Genesungsweg eigenständig bewältigen zu können.

§ 4 Teilnahmebedingungen Leistungserbringer

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Haus- und Fachärzte sowie zugelassene Psychotherapeuten (über die KVHB, Anlage 9), sozialpsychiatrische Leistungserbringer und weitere Leistungserbringer, die mindestens eines der Module des Versorgungskonzeptes anbieten und die jeweiligen Voraussetzungen erfüllen. Diese können über eine wirksame Beitrittserklärung (Anlage 8) zum Rahmenvertrag sowie den wirksamen Abschluss einer Anlage an der Versorgung teilnehmen. Über den Beitritt der Leistungserbringer entscheiden die beteiligten Krankenkassen im Einvernehmen.

- (2) Die Teilnahmebedingungen der Leistungserbringer für die einzelnen Module sind in den jeweiligen Anlagen geregelt.
- (3) Die kontinuierliche, fallbezogene Nutzung der IT-Plattform ist Voraussetzung für alle an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer.

§ 5 Verfahren und Dokumentation

- (1) Das Einschreibeverfahren sieht vor, dass die Aufnahme in die besondere Versorgung erfolgt, wenn ein teilnehmender Haus-/Facharzt bzw. Psychotherapeut durch den Versicherten persönlich aufgesucht wurde, der die Notwendigkeit der entsprechenden Leistungen festgestellt hat, der Versicherte der Beteiligung an der besonderen Versorgung schriftlich zugestimmt hat und die Krankenkasse die Einschreibung bestätigt hat.
- (2) Die Ansprache und Empfehlung zur Einschreibung potentiell geeigneter Versicherter kann über den Haus-/Facharzt bzw. Psychotherapeuten (siehe Anlage KVHB) anhand des Ergebnisses des Screeningfragebogens (IT-Plattform) erfolgen. Des Weiteren können durch die Krankenkasse identifizierte Versicherte, welche über den Inhalt und die Zielsetzung dieser Versorgung aufgeklärt wurden, direkt an das PM übermittelt werden. Das PM übernimmt dann die Einsteuerung in das Versorgungsmodell und leitet den Versicherten gem. Abs. 1 an einen Vertragsarzt bzw. Psychotherapeuten weiter.
- (3) Die Versicherten bestätigen ihre Teilnahme an der besonderen Versorgung durch Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 6) und erhalten die Datenschutzrechtliche Versicherteninformation (Anlage 7).
- (4) Nach Information durch den Leistungserbringer entscheidet die zuständige Krankenkasse über die tatsächliche Einschreibung eines Versicherten. Zur Protokollierung dieser Entscheidung ist die IT-Plattform zu verwenden.

§ 6 Vergütung und Abrechnung

- (1) Die Vergütung der einzelnen Module ist in den jeweiligen Anlagen geregelt.
- (2) Voraussetzung für die Vergütung der jeweiligen Module ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt sowie eine vollständige fallbezogene Dokumentation in der IT-Plattform.
- (3) Von den Versicherten dürfen keine Zuzahlungen erhoben werden.
- (4) Die Abrechnung der pflegerischen Module erfolgt über die IT-Plattform im Rahmen der Vorgaben gem. § 295 Abs. 1 b SGB V.
- (5) Abgerechnet werden dürfen nur Leistungen, für die eine gesicherte ICD-Diagnose nach § 9 des jeweils gültigen Katalogs für Diagnosen (ICD-10-GM) vorliegt und die vertragsgemäß erbracht worden sind.

- (6) Rechnungen können bis zu 24 Monaten nach der Rechnungsstellung durch die Krankenkassen geprüft und ggf. in Abzug gebracht werden.
- (7) Die Rechnungen sind – vorbehaltlich einer abschließenden Rechnungsprüfung – grundsätzlich innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle zu bezahlen. Bei Rechnungskürzungen gilt dies auch für den unstreitigen Rechnungsbetrag. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung oder der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.

§ 7 Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind verantwortlich für die qualitätsgerechte Erbringung der Leistungen, für das Qualitätsmanagement und für die Qualitätssicherung. Die Leistungserbringer sind berechtigt einen externen Dienstleister im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen einzusetzen. Die Vertragspartner stellen sicher, dass die gesetzlichen und vertragsärztlichen Regelungen und Richtlinien zur Sicherstellung der Qualität eingehalten und die gültigen Leitlinien ihrer Fachgesellschaften berücksichtigt werden.
- (2) Der Medizinische Dienst kann Einzelfälle i. S. d. § 275 SGB V prüfen. Die Leistungserbringer stellen hierfür alle erforderlichen Unterlagen zur Verfügung.

§ 8 Datenschutz

- (1) Die Krankenkassen sind gemäß §§ 284 und 140 a SGB V berechtigt, Sozialdaten zu erheben sowie zu speichern. Das Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I ist zu wahren.
- (2) Darüber hinaus dürfen die Vertragspartner personenbezogene Daten (Sozialdaten) im Rahmen der Teilnahme nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeiten, wenn ihnen hierfür eine Einwilligungserklärung (Anlage 6) nach Art. 6 Abs. 1 a EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) in der jeweils gültigen Fassung des Versicherten vorliegt.
- (3) Die Leistungserbringer verpflichten sich, die in den verschiedenen Phasen der Verarbeitung personenbezogener Daten und hinsichtlich der Datensicherheit geltenden Vorschriften der EU-DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen Vorschriften für die Datenverarbeitung zu beachten. Die Leistungserbringer treffen hierfür die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 EU-DSGVO.
- (4) Die Vertragspartner verarbeiten im Rahmen dieses Vertrages folgende Datenkategorien:
 - a. Daten zur Person
 - b. Daten zum Versicherungsverhältnis

- c. Leistungs-, Versorgungs-, und Abrechnungsdaten inklusive Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten
- d. Daten von Vertragspartnern

§ 9 Öffentlichkeitsarbeit und Information

Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der einzelnen Vertragspartner über die besondere Versorgung nach diesem Vertrag erfolgen ausschließlich unter Einbindung und nach Absprache mit den Krankenkassen.

§ 10 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar oder nichtig sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar oder nichtig werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren oder nichtigen Bestimmung werden die Parteien zeitnah eine wirksame und durchführbare Regelung vereinbaren, deren Wirkung der rechtlichen und wirtschaftlichen Zielsetzung der ursprünglichen Regelung möglichst nahe kommt. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

§ 11 Wirksamkeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag inkl. seiner Anlagen tritt zum 01.10.2019 in Kraft.
- (2) Der Vertrag oder einzelne Anlagen können mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende ohne Angaben von Gründen gekündigt werden. Abweichungen hiervon für einzelne Module können in den jeweiligen Anlagen geregelt werden. Bis zum Ablauf der Kündigungsfrist genehmigte Leistungen werden abgeschlossen und vergütet. Maßgeblich hierfür ist das Datum der Patientenunterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 6). Sind durch die Kündigung einer Anlage die Voraussetzung gem. § 4 Abs. 1 nicht mehr erfüllt, so gilt auch der Vertrag als gekündigt. Bei Kündigung des Rahmenvertrages gelten für den jeweiligen Vertragspartner auch sämtliche Anlagen als gekündigt.
- (3) Kündigungen bedürfen der Schriftform und haben per eingeschriebenen Brief zu erfolgen.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung eines Vertragspartners aus wichtigem Grund ist möglich. Besteht der wichtige Grund in der Verletzung einer vertraglichen Pflicht, kann die fristlose Kündigung erst nach vorheriger Abmahnung erfolgen. Von einer Abmahnung kann abgesehen werden, wenn dem kündigenden Teil unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.

- (5) Ein wichtiger Grund, der die Krankenkassen zur Kündigung berechtigt, liegt insbesondere vor, wenn einem Vertragspartner aufgrund von Änderungen der Rechtsgrundlage dieses Vertrages (§ 140 a SGB V) oder infolge behördlicher Anordnungen oder verbindlicher Erlasse bzw. Vereinbarungen das Anbieten bzw. die Durchführung der besonderen Versorgung nicht erlaubt ist oder der Selbstverwaltungspartner eine Schädigung seiner wirtschaftlichen Interessen erwarten muss. Für diesen Fall verzichten die weiteren Vertragspartner auf die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen gegen die Krankenkassen wegen etwaiger durch eine solche Kündigung eintretender Schäden.
- (6) Werden der Vertrag oder einzelne Module durch einen Vertragspartner gekündigt, so behalten diese für die weiteren Vertragspartner ihre Gültigkeit, es sei denn, durch die Kündigung des Vertragspartners entfällt die Geschäftsgrundlage der Vereinbarung.

§ 12 Schlussbestimmungen

- (1) Die Anlagen 1 bis 10 sind Bestandteil dieses Vertrages.
- (2) Sämtliche Bestimmungen dieses Rahmenvertrages gelten für alle Anlagen bzw. Module dieses Rahmenvertrages. Ausdrückliche Abweichungen hiervon können in den entsprechenden Anlagen bzw. Modulen schriftlich vereinbart werden.
- (3) Mündliche Nebenabreden zu diesem Vertrag sind nicht getroffen worden. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich dieser Schriftformklausel sowie ihre Aufhebung bedürfen der Schriftform.

Datum AOK Bremen/Bremerhaven

Datum hkk

Datum IVP Networks GmbH

Datum KVHB

Anlagen

Anlage 1 – Modul Psych Management (PM)

Anlage 2 – Modul eHealth (eH)

Anlage 3 – Modul Ärztliche Versorgung (KVHB)

Anlage 4 – Modul Multimodale Behandlungseinheiten (MBE 2.0)

Anlage 5 – Konzeptdarstellung

Anlage 6 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Anlage 7 – Datenschutzrechtliche Versicherteninformation

Anlage 8 – Beitrittserklärung Leistungserbringer

Anlage 9 – Teilnahme- und Einwilligungserklärung Haus-/Facharzt bzw. Psychotherapeut

Anlage 10 – Informationen zum Datenschutz für Haus-/Fachärzte bzw. Psychotherapeuten