

**Leistungsvertrag
über die Teilnahme am Benchmarkprojekt
Ambulantes Potenzial im Krankenhaus**

- „APK-Benchmarkprojekt“ -

von DKTIG und IMC clinicon

zwischen

dem Krankenhaus

Krankenhaus Name

Straße

PLZ / Ort

Institutionskennzeichen

im folgenden **Auftraggeber**

und

dem **Bayerischen Institut für**

Krankenhaus-Organisation und -Betriebsführung GmbH

als 100%-ige Tochtergesellschaft der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V.

Radlsteg 1

80331 München

im folgenden **BIK**

und zusammen **Parteien** genannt

Zwischen den Parteien wird folgender Leistungsvertrag geschlossen:

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Zur Vorbereitung auf und zur Einführung von erweiterten Möglichkeiten zur ambulanten Leistungserbringung im Krankenhaus, wird in Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhausgesellschaften und der DKTIG ein bundesweites Benchmarkprojekt durchgeführt, in dessen Rahmen die stationären Entlassdaten der teilnehmenden Krankenhäuser verarbeitet und im Hinblick auf ambulante Behandlungspotenziale ausgewertet werden. Zur Standortbestimmung werden gezielt aggregierte und anonyme Vergleichswerte aus dem Datenpool der Teilnehmer zur Verfügung gestellt.

Hierzu hat die Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG) mit dem Projektpartner: der Deutschen Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (Humboldtstr. 9; 04105 Leipzig; nachfolgend DKTIG) in einer Rahmenvereinbarung vom 07.07.2022 sowie das **BIK** mit der IMC clinicon GmbH (Friedrichstraße 180; 10117 Berlin; nachfolgend IMC) entsprechende Vereinbarungen getroffen.

Das BIK bündelt die Leistungen dieses Projektes für die bayerischen Krankenhäuser bzw. für die Krankenhäuser von Krankenhausträgern die in Bayern tätig sind und bietet ergänzende Beratungsleistungen an. Zur Projektteilnahme des einzelnen Auftraggebers schließt das BIK die vorliegende Vereinbarung ab.

Der vorliegende Vertrag regelt die Annahme und Verarbeitung der dazu notwendigen Daten, die vom Auftraggeber erhoben und übermittelt und gemäß § 2 dieses Vertrages für den in § 8 vereinbarten Zeitraum durch den Leistungserbringer der IMC aufbereitet und bereitgestellt werden.

§ 2 Leistungen von IMC

- (1) IMC verpflichtet sich zur Annahme und Verarbeitung der anonymisierten Entlassdaten der Krankenhausfälle für die Datenjahre 2023-2025 in Form der im Datenportal der DKTIG vorhandenen und einzupflegenden Daten gemäß den Festlegungen in dieser Vereinbarung.

Die Vereinbarungsleistung umfasst die Ermittlung der Potenziale ambulant durchführbarer Leistungen in den Daten der stationären Behandlung. Für die Daten 2023-2025 wird zur Ermittlung der ambulanten Potenziale die Methodik des Gutachtens nach §115 b Abs. 1a SGB V (sog. IGES-Gutachten) der Selbstverwaltungspartner angewendet. Dazu werden die dem Gutachten zu entnehmenden Listen (DRG-, ICD- und OPS-Kataloge) auf die Klassifikationssysteme des jeweiligen Datenjahrs übersetzt.

Soweit und sobald von den Selbstverwaltungspartnern eine Vereinbarung über die im Krankenhaus in Stufen einzuführenden ambulanten Leistungen gemäß dem Katalog ambulantes Operieren nach §115b SGB V vorliegt, wird in Abstimmung mit dem Projektlenkungsgremium eine Umsetzung der Methodik auf die in den jeweiligen Projektperioden übermittelten Daten geprüft und wenn möglich in den Auswertungen – auch rückwirkend

ohne Aufpreis – abgebildet. Dies gilt gleichermaßen für die Abbildung der Leistungen und gemäß §115f SGB V (spezielle sektorengleiche Leistungen) und ihrer Vergütung.

- (2) Für die Ermittlung der ambulanten Potenziale werden die Falldaten nach den Regeln der Fallpauschalenvereinbarung des jeweiligen Abrechnungszeitraums gruppiert und verarbeitet. Darauf aufbauend werden die Falldaten mit den im IGES-Gutachten veröffentlichten Listen für einen potenzialorientierten Ansatz A1, A2 (bzw. A2a), A3 und A4 – hier „Einschlusslisten“ genannt – abgeglichen. Anhand dieser Listen werden in den stationär erbrachten Fällen die Leistungen ermittelt, die vorbehaltlich der anschließend durchzuführenden Kontextprüfung prinzipiell als ambulant durchführbar eingestuft werden. Dabei werden Leistungen, die bisher schon nach AOP-Katalog ambulant durchgeführt und abgerechnet werden konnten und Leistungen, die von den Gutachtern zur Aufnahme in einen neuen Katalog empfohlen werden, getrennt gekennzeichnet.
- (3) Nach der Verarbeitung der Einschlusslisten (A-Listen) wird die Kontextprüfung des IGES-Gutachtens in zwei Stufen anhand der Ausschlusslisten (K-Listen) nachgebildet. In der Kontextprüfung werden die anhand der Einschlusslisten potenziell ambulanten durchführbaren Leistungen mit weiteren Merkmalen abgeglichen, die eine stationäre Behandlung erforderlich machen.

In der ersten Stufe der Kontextprüfung werden die Falldaten auf Vorhandensein entsprechender klinischer Merkmale geprüft. Konkret lassen sich anhand des nach §21 KHEntgG ausgeleiteten Datensatzes die Listen K1, K2, K3, K6, und K7 operationalisiert auswerten. Die Liste K4 ist im Gutachten noch nicht abschließend bereitgestellt worden. K5 wird für eine Schweregraddifferenzierung verwendet, zu der es derzeit noch keine Vereinbarung seitens der SV-Partner gibt.

In Stufe zwei werden patientenbezogene Merkmale der Kontextprüfung anhand der Liste K8 (nur Pflegegrad) und des Alters abgeprüft. Weitere Merkmale in Liste K8 sind in den bei der Fallkodierung anzuwendenden Klassifikationssystemen noch nicht enthalten und können voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Analyse einbezogen werden. Merkmale der Liste K9 – soziale Begleitumstände – sind nicht Bestandteil der stationären Abrechnungsdaten und können deshalb in dieser Analyse nicht strukturiert ausgewertet werden.

- (4) Die nach der Kontextprüfung vorliegenden Ergebnisse für das ambulante Potenzial der einzelnen Fälle erhalten den Status
- „ambulant“, wenn mindestens ein Merkmal aus den A-Listen vorliegt und kein Merkmal aus den K-Listen
 - „stationär mit ambulantem Merkmal“, wenn mindestens ein Merkmal aus den A-Listen vorliegt und mindestens ein Merkmal aus den K-Listen
 - „stationär“, wenn kein Merkmal aus den A-Listen vorliegt und deshalb die Kontextprüfung nicht durchgeführt wird.

Die Ergebnisse mit Status „ambulant“ werden in „bisher ambulant“ und „neu empfohlen“ differenziert gekennzeichnet.

- (5) Aus den so ermittelten Werten werden Auswertungen für jedes teilnehmende Krankenhaus Ergebnistabellen für folgende Betrachtungsebenen des Krankenhauses erzeugt:
 - Haus- Standortebene,
 - Fachabteilungsebene,
 - DRG-Ebene,
 - OPS-Ebene und
 - Fallebene.

- (6) Aus den Auswertungsergebnissen der teilnehmenden Krankenhäuser werden für jede Betrachtungsebene aggregierte Kennzahlen ermittelt, die einen aussagekräftigen Vergleich mit den Einzelwerten des jeweiligen Hauses zulassen. Bei der Berechnung der Vergleichszahlen sind dazu Mindestanforderungen an die Zahl der zur Ermittlung herangezogenen Fälle und der Zahl der unterschiedlichen Krankenhäuser zu erfüllen. Dies dient sowohl der statistischen Aussagekraft als auch der Vermeidung des Rückschlusses oder der Identifizierung einzelner Hauswerte.

- (7) Die Erstellung und Bereitstellung von Auswertungen und Vergleichsergebnisse erfolgt gemäß Anhang 1 („Leistungsumfang APK-Benchmarkprojekt“) in Form der Darstellungen im Browser-basierten Analysewerkzeug „KH-Struktur-Navigator“ in der jeweils aktuellsten Version. Sobald erste Auswertungsergebnisse (Benchmarkingdaten) vorliegen, werden dem Auftraggeber dazu Zugangsdaten zur Verfügung gestellt, die für die Dauer der Projektlaufzeit gelten. Eine Verlängerung der Nutzung auch über die vertragliche Projektteilnahme hinaus kann durch Antrag des Krankenhauses vereinbart werden.

- (8) Der Leistungsumfang nach Anlage 1 kann entsprechend den Festlegungen im APK-Benchmarkprojekt nach Abstimmung durch das in der Rahmenvereinbarung vom 07.07.2022 genannte Projektlenkungsgremium an die von den Teilnehmern rückgemeldeten Bedarfe angepasst und erweitert werden.

- (9) Die Auswertung der Daten und Bereitstellung der hausindividuellen Ergebnisse für das einzelne Krankenhaus erfolgt innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Mitteilung des BIK über den Abschluss einer entsprechenden Teilnahmevereinbarung des Krankenhauses sowie Eingang der auswertbaren Daten des jeweiligen Krankenhauses bei IMC respektive nach erfolgter Zertifizierung des für die Auswertung erforderlichen Groupers und Veröffentlichung der Abrechnungsbedingungen oder der Veröffentlichung von Vereinbarungsergebnissen für die stufenweise Einführung neuer ambulant durchzuführender Leistungen, je nachdem was zuletzt eintritt.

Die Vergleichswerte auf Projektebene werden innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Ablauf der Übermittlungsfrist bereitgestellt respektive nach erfolgter Zertifizierung des für

die Auswertung erforderlichen Groupers und Veröffentlichung der Abrechnungsbedingungen, je nachdem was zuletzt eintritt. Die Vergleichswerte werden innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Aufforderung zur Erstellung durch das BIK bereitgestellt (§ 4 Abs. 5).

- (10) Dem Auftraggeber werden folgende Software-Produkte durch IMC über das BIK zur Nutzung während der Projektlaufzeit zur Verfügung gestellt. Die Lizenzgebühr für die Nutzung ist in der Vergütung nach § 4 enthalten:
- IMC CryptoTool zur Anonymisierung und kryptografischen Verschlüsselung der personenbezogenen Kennzeichen
 - „KH-Struktur-Navigator“ als Browser-basierte Anwendung in der jeweils aktuellen Version zur Darstellung und individuellen detaillierten Datenanalyse.
- (11) Das BIK hält während der Projektdurchführung in den üblichen Geschäftszeiten einen telefonischen Beratungsservice (Hotline) für die teilnehmenden Krankenhäuser vor für Fragen im Zusammenhang mit der Projektabwicklung und Ergebnisdarstellung. Eine weitergehende inhaltliche Beratung ist möglich, muss aber außerhalb des Projektumfangs separat beauftragt und vergütet werden.
- (12) IMC verpflichtet sich, 4 halbtägige Online-Schulungsveranstaltungen zur Nutzung des Analyse-Tools ‚KH-Struktur-Navigator‘ für die teilnehmenden Krankenhäuser durchzuführen. Die Einladungen erfolgen über das BIK.

§ 2a Leistungen IMC ab 2023

Über die in §2 des Leistungsvertrages definierten Leistungen hinaus enthalten die Auswertungen explizit die EBM-Erlössimulation sowie die Auswertung Leistungsgruppen, die über die Einteilung der Falldaten in die Leistungsgruppen NRW sowie in die verfeinerte Leistungsgruppendifinition nach Inkrafttreten der KH-Reform. Grundsätzlich gilt weiterhin der Leistungsumfang gemäß §2 Nr. 8 in der jeweils aktuellsten Form des im Projekt enthaltenen Analysetools ‚KH-Strukturnavigator‘.

§ 3 Leistungen des Auftraggebers

- (1) Der Auftraggeber erklärt gem. Anhang 2 parallel zum Abschluss dieses Leistungsvertrages seinen Beitritt zur Rahmenvereinbarung gegenüber der DKTIG und ermächtigt IMC, die auf Basis der übermittelten oder freigegebenen Daten erstellten Auswertungsergebnisse der Bayerischen Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG) sowie dem BIK zur Wahrnehmung ihrer verbandlichen Aufgaben zur Verfügung stellen zu dürfen, sofern die BKG ihrerseits den Beitritt zur Rahmenvereinbarung erklärt hat.

- (2) Der Auftraggeber liefert an IMC anonymisiert und kryptographisch verschlüsselt alle Falldaten (Entlassungsfälle) des in § 8 vereinbarten Zeitraums in Form des Datensatzes nach §21 KHEntgG (Version 20230101 oder neuer) als elektronische Mail oder als Upload im jeweiligen Nutzerbereich.
- (3) Im Fall der Nutzung eines Zugangs im DKTIG-Datenportal erklärt das Krankenhaus gegenüber IMC die Freigabe zur Verwendung der im Datenportal durch das Krankenhaus bereits hochgeladenen Daten für die Zwecke nach diesem Vertrag.
- (4) Die Lieferung bzw. Freigabe der unter Abs. 1 oder 2 genannten Falldaten für den in § 8 definierten Zeitraum an IMC erfolgt für die unterjährigen Daten 2023 (01.01.2023-31.05.2023) bis spätestens zum 30.09.2023. Für die Daten ab dem Datenjahr 2024 erfolgt die Lieferung bzw. Freigabe halbjährlich kumulativ. Spätestens zum 30.09. des jeweiligen Auswertungsjahres erfolgt die Lieferung der Daten des ersten Halbjahrs (01.01. – 30.06) und spätestens bis zum 31.03. des Folgejahres die des Gesamtjahres (01.01. – 31.12.). Für Nachfragen des Auftragnehmers zu den Daten benennt der Auftraggeber jeweils einen Ansprechpartner (s. § 7).
- (5) Sollten die Datensätze und/oder Zusatzinformationen bis zu den in Abs. 4 jeweils vereinbarten Terminen nicht in verarbeitbarer Form bei IMC vorliegen, so werden ggf. nach dem für diese Auswertungsperiode vereinbarten Termin eingehende Daten nicht mehr in den entsprechenden Benchmarkpool aufgenommen. Unabhängig davon bleibt der Anspruch des Krankenhauses auf die Auswertung seiner betreffenden Daten gegenüber IMC auch nach dem versäumten Liefertermin bestehen.
- (6) Darüber hinaus ist der Auftraggeber verpflichtet, IMC Mängel der Software unverzüglich zu melden. Er wird dabei Hinweise von IMC zur Problemanalyse im Rahmen des ihm Zumutbaren berücksichtigen und alle ihm vorliegenden, für die Beseitigung der Störung erforderlichen Informationen an IMC weiterleiten.

§ 4 Vergütung

- (1) Das BIK erhält für die in § 2 und § 2a genannten Leistungen eine Vergütung entsprechend § 8. Darüberhinausgehende Leistungen sind gesondert zwischen Krankenhaus und BIK zu vereinbaren.
- (2) Nach Abschluss des Vertrages erhält das BIK gegen Rechnungsstellung vom Auftraggeber die gemäß § 8 vereinbarte Vergütung. Der Betrag ist zu dem in der Rechnung angegebenen Zeitpunkt fällig und unbar auf das angegebene Konto zu überweisen. Für Folgezeiträume wird eine gesonderte Vergütung vereinbart.
- (3) Erfolgt durch den Auftraggeber für den gesamten Zeitraum eines Auswertungsjahres keine Datenlieferung, so entbindet dies den Auftraggeber nicht von der Zahlung der vertraglich vereinbarten Vergütung nach § 8.

§ 5 Abnahme

- (1) Der Auftraggeber erklärt für die ihm zustehenden (Teil-) Auftragsleistungen gegenüber dem BIK jeweils innerhalb von 7 Arbeitstagen nach erfolgter Information über die Bereitstellung der Auswertungsergebnisse, dass die jeweilige (Teil-) Auftragsleistung als vertragsgemäß anerkannt wird (Abnahme). Andernfalls teilt er dem BIK unverzüglich die Gründe für die Nichtabnahme schriftlich mit.
- (2) Äußert sich der Auftraggeber in der vorgenannten Frist nicht, gilt die jeweilige (Teil-) Auftragsleistung als abgenommen.
- (3) Wird die Abnahme wegen nicht unerheblicher Abweichung von der vereinbarten Leistung verweigert, setzt der betroffene Leistungsempfänger dem BIK eine nach den Umständen des Einzelfalles angemessene Nachfrist von mindestens 15 bis maximal 30 Arbeitstagen.
- (4) Falls und soweit IMC seinen Leistungspflichten gem. § 2 und § 2a nicht oder nicht fristgerecht nachkommt und trotz erfolgter schriftlicher Aufforderung durch den Auftraggeber über das BIK oder nur durch das BIK sowie erfolgter Mitwirkungspflicht des Auftraggebers gemäß § 3 eine entsprechende Korrektur bzw. Nachbesserung nicht innerhalb einer angemessenen Nachfrist (gemäß Abs. 3) erfolgt, hat der Auftraggeber das Recht zum Einbehalt bzw. zur Rückforderung von 50 v.H. des den geschuldeten Leistungen entsprechenden Vergütungsanteils. § 9 Abs. 2 bleibt davon unberührt.

§ 6 Datenschutz

- (1) Der Auftraggeber stellt unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften sicher, dass dem BIK bzw. der IMC clinicon nur anonymisierte und kryptographisch verschlüsselte Daten zur Verfügung gestellt werden. Zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften nutzt der Auftraggeber vor der Übermittlung der Daten die im Rahmen dieses Projektes bereitgestellte Softwarelösung ‚CryptoTool‘ zur Anonymisierung personenbezogener Inhalte (S. § 2 Nr. 10). Das ‚CryptoTool‘ anonymisiert die Felder ‚KH-internes-Kennzeichen‘ sowie ‚Patientennummer‘ anhand eines vom Nutzer individuell eingegebenen Kennworts, das nicht rückschlüsselbar ist. Das Feld ‚Versicherten-ID‘ wird für die Analysen nach diesem Vertrag nicht benötigt und die Inhalte deshalb durch das ‚CryptoTool‘ gelöscht.
- (2) IMC clinicon stellt die auftragsgemäße Behandlung und Geheimhaltung der Daten für sich, seine Mitarbeiter und beauftragte Dritte sicher und verpflichtet sich, diese auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten sowie über die strafrechtlichen Konsequenzen einer Missachtung der Geheimhaltungspflicht zu belehren.
- (3) IMC clinicon verpflichtet sich, die Auswertungen, Dateien und Berichte nur gemäß den in § 2 und § 2a getroffenen Regelungen sowie darüber hinaus nur im Rahmen der Regelungen der Rahmenvereinbarung zu nutzen, zu der die BKG sowie der Auftraggeber seinen Beitritt erklärt hat (vgl. Anhang 2).

§ 7 Ergänzende Daten des Krankenhauses

Ansprechpartner beim Krankenhaus für die Projektabwicklung

Name, Vorname

Funktion

Telefon+Durchwahl

E-Mail

Die Ansprechpartner beim BIK sind zu erreichen unter:

Telefon: 089-290830-0

Email: mail@bik-beratung.de

§ 8 Auswertungszeiträume und Kosten

Der Auftraggeber zahlt dem BIK pro Institutskennzeichen (IK) eine Vergütung gemäß § 4 für:

die jeweilige Auswertung der §21-Entlassdaten der Projektperioden

des Jahres 2023 (01.01.2023-31.05.2023 sowie 01.01.2023 – 31.12.2023),

des Jahres 2024 (01.01.2024-31.05.2024 sowie 01.01.2024 – 31.12.2024),

des Jahres 2025 (01.01.2025-31.05.2025 sowie 01.01.2025 – 31.12.2025),

in Höhe von **1.240,00 Euro zzgl. gesetzlicher MwSt.** pro Jahr. (in Summe 3.720,00 Euro zzgl. MwSt.). Die Zahlung für 2023 wird unmittelbar fällig, für die Jahre 2024 und 2025 jeweils am 01.07. des Auswertungsjahres.

Für jede weitere Krankenhaus-IK des gleichen Krankenhausträgers gewähren wir einen Rabatt von 20 %

§ 9 Kündigung

- (1) Der Auftraggeber hat das Recht, den geschlossenen Leistungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist durch schriftliche Erklärung gegenüber dem BIK zu kündigen, sofern das BIK seine dem Auftraggeber gegenüber bestehenden Verpflichtungen aus diesem Vertrag in nicht unerheblicher Weise verletzt und diese Vertragsverletzung trotz Aufforderung durch den Auftraggeber nicht innerhalb einer Frist von 40 Tagen behoben wird oder wenn dem Vertrag durch gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Maßnahmen oder Entscheidungen der Selbstverwaltung die Grundlage entzogen wird.
- (2) Hat das BIK den Kündigungsgrund zu vertreten, so sind die bis dahin erbrachten, in sich abgeschlossenen, nachgewiesenen und als vertragsgemäß anerkannten Leistungen anteilig zu vergüten. Im Übrigen gilt § 5 Abs. 4.

§ 10 Haftung

Unabhängig vom Anspruchsgrund, insbesondere einschließlich der Haftung aus unerlaubter Handlung, haftet das BIK gegenüber dem Auftraggeber gemäß dieses § 10.

Das BIK stellt dem Auftraggeber die Leistungen von IMC gemäß dieser Vereinbarung zur Verfügung. Ziel von IMC ist es, stets fehlerfreie Auswertungen und Tools zur Verfügung zu stellen. Für die Richtigkeit der in den Auswertungen und Tools enthaltenen Informationen kann jedoch keinerlei Garantie übernommen werden. Das BIK steht für die von IMC zur Verfügung gestellten Auswertungen und Tools nur in dem Maße ein, in dem das BIK selbst bei IMC bzw. dem DKTIG Gewährleistung oder Schadensersatz erlangen kann. Dies gilt nicht, sofern das BIK sie selbst obliegende Pflichten verletzt.

Die Haftung für Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit sowie die Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit richtet sich nach den gesetzlichen Bestimmungen. Schadensersatzansprüche (inklusive dem Ersatz von Folgeschäden, Vermögensschäden, entgangenen Gewinn, nicht erzielten Ersparnissen, Zinsverlusten sowie Titeln aus Produkthaftung) in Fällen leichter Fahrlässigkeit sind der Höhe nach auf die vertragliche Vergütung gem. § 8 beschränkt. Ein etwaiges Mitverschulden ist zu berücksichtigen.

Im Fall höherer Gewalt sind die Parteien berechtigt, ihre Leistung um die Dauer der Behinderung und um eine angemessene Anlaufzeit hinauszuschieben und ist insofern von ihrer Leistungspflicht befreit. Als höhere Gewalt gelten alle von außen kommenden, vom Willen und Einfluss der Parteien unabhängigen und keinen betrieblichen Zusammenhang aufweisenden Umstände, die unvorhersehbar, schwerwiegend und durch die Parteien unverschuldet und nicht abwendbar sind, wie insbesondere Naturkatastrophen, Blockaden, Krieg und andere militärische Konflikte, Mobilmachung, innere Unruhen, Terroranschläge, Embargo, Bürgerunruhen, Epidemien. Der höheren Gewalt stehen Streik, Aussperrung, Hackerangriffe oder ähnliche Umstände, von denen die jeweilige Partei unmittelbar oder mittelbar betroffen ist, gleich.

Die Haftung des BIK ist im Übrigen ausgeschlossen.

§ 10 Laufzeit und Inkrafttreten

Der Vertrag tritt mit Unterschrift in Kraft und endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum 30.06.2026. Die Vertragsparteien verpflichten sich, rechtzeitig vor Ende der Laufzeit des Vertrages Verhandlungen über die Fortgeltung des Vertrages oder eine Anschlussvereinbarung aufzunehmen.

§ 11 Sonstiges

- (1) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Rahmenvertrages oder einer Beauftragung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmung werden die jeweiligen Vertragspartner eine solche vereinbaren, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung so nahekommt, wie dies rechtlich möglich ist. Dies gilt im Fall einer unbeabsichtigten Lücke entsprechend.
- (2) Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Allgemeine Geschäftsbedingungen der Vertragspartner gelten nicht im Verhältnis der Vertragspartner zueinander.
- (3) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für eine Regelung, mit der diese Schriftform abbedungen wird. Ein Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform kann nur im Wege einer ausdrücklichen schriftlichen Vereinbarung erfolgen. Unter Schriftform im Sinne dieses Vertrages gilt auch die Textform (Email genügt). Die Abgabe von einseitigen Willenserklärungen unterliegt dem gleichen Formerfordernis wie das betroffenen Rechtsgeschäft.
- (4) Für sämtliche Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag sind die ordentliche Gerichte zuständig. Ausschließlicher Gerichtsstand für alle Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit diesem Vertrag, einschließlich seiner Gültigkeit, ist München. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Ort, Datum

Für das Krankenhaus
Name:

für BIK

Anhänge:

1. Leistungsumfang APK-Benchmarkprojekt
2. Beitritts- und Freigabeerklärung

Anhang 1 zum Leistungsvertrag APK-Benchmarkprojekt: Leistungsumfang KH

a) Ermittlung der ambulanten Potenziale nach IGES-Gutachten

- Ermittlung der potenziell ambulant durchführbaren Leistungen anhand Einschlusslisten des IGES-Gutachtens (A-Listen) getrennt nach bisherigem AOP-Katalog und neu empfohlenen Leistungen
- Durchführung der Kontextprüfung (Stufe 1 und 2 anhand Ausschlusslisten des IGES-Gutachtens – soweit aus Datengrundlage ableitbar)
- Ermittlung des Status für jeden Fall/jede Leistung
- Abbildung der von der Selbstverwaltung vereinbarten und in Stufen einzuführenden Leistungen, soweit und sobald möglich

b) Berechnung von Kennzahlen

- Auf Basis der ermittelten ambulanten Potenziale werden folgende Kennzahlen berechnet
 - Fallanteile
 - Casemixanteile
 - Anteile der Berechnungstage
 - Auslastungsgrad
- Darstellung der Ergebnisse auf
 - Haus- /Standortebene
 - Fachabteilungsebene
 - DRG-Ebene
 - Fallebene
 - OPS-Ebene

c) Ermittlung von Vergleichszahlen (Benchmarking)

Bei Erfüllung von Mindestanforderungen an die Fallzahl und die Zahl der Krankenhäuser dieser Fälle werden Kennzahlen abgeleitet, die in relativen Größen angegeben sind um den Vergleich zwischen Einheiten mit unterschiedlichen absoluten Werten zu ermöglichen.

Die Mindestanforderungen werden zuerst auf Projektebene und danach auf Landesebene geprüft. Sind die Anforderungen sowohl auf Projekt- als auch auf Landesebene erfüllt, werden Vergleichswerte für beide Ebenen abgeleitet. Für den Nutzer wird eine Wahlmöglichkeit im Analyse-Tool realisiert.

d) Ermittlung zusätzlicher Kennzahlen

Bei Vorliegen der erforderlichen Daten (Datei Pflegepersonal.csv vollständig und korrekt gefüllt) wird der Quotient „Patienten je Pflege-Vollkraft“ für die jeweiligen Berufsgruppen in der Pflege berechnet. Die Berechnung erfolgt auf Basis

- der Angaben zu Pflegepersonal-Vollkräften aus §21-Daten
- dem Anteil der Besetzung Nachtschicht zu Tagschicht je Fachabteilung
- Ermittlung der Patienten je Fachabteilung je Schicht
- Nutzereingabe von individuellen Korrekturparameter für
 - Ausfallquote global oder je Fachabteilung
 - Besetzungsverhältnis Nacht- zu Tagschicht

- e) Simulation und Vergleich der Ergebnisse vor und nach Ausgliederung der ambulant durchführbaren Leistungen

Die ermittelten Potenziale und Kennzahlen gem. b) bis d) werden jeweils vor und nach Ausgliederung der ambulant durchführbaren Leistungen dargestellt, um die Folgewirkung der ambulanten Durchführung auf das stationär verbleibende Leistungsvolumen abschätzen zu können

- f) EBM-Erlössimulation für das ambulante Potenzial
- g) Einteilung der Falldaten in die Leistungsgruppen NRW sowie in die verfeinerte Leistungsgruppendifinition nach Inkrafttreten der KH-Reform.
- h) Auswertungsumfang, Inhalt, Darstellung und Analyse im Browser-basierten Tool ‚KH-Struktur-Navigator‘ in der jeweils aktuellsten Version

Anhang 2 zum Leistungsvertrag APK-Benchmarkprojekt: Beitritts- und Freigabeerklärung

Beitrittserklärung zur Rahmenvereinbarung vom 07.07.2022 und Freigabeerklärung der Daten für Landesebene zum Benchmarkprojekt „Ambulantes Potenzial im Krankenhaus“

Uns sind die Inhalte der o. g. Rahmenvereinbarung bekannt und wir erklären hiermit unseren Beitritt. Insbesondere erteilen wir der BKG sowie dem BIK die Freigabe, auf Basis der von uns übermittelten und von IMC clinicon ausgewerteten Daten Auswertungen zum Zweck der verbandlichen Aufgabenwahrnehmung nutzen zu dürfen.

Ein Vertrag im Sinne der o.g. Rahmenvereinbarung zwischen unserer Einrichtung und dem BIK wurde geschlossen.

(falls zutreffend, bitte ankreuzen)

Zur Durchführung der Auswertungen geben wir die im Rahmen des DKTIG-Datenportalprojektes dort bereits hochgeladenen Daten der im Leistungsvertrag vereinbarten Datenjahre zur Verarbeitung durch IMC clinicon nach den Zwecken der Rahmenverarbeitung frei.

Krankenhaus

Institutionskennzeichen

Name, Vorname

Funktion

Telefon / E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift