

**Rahmenvertrag gem. § 137f i.V.m. § 137g SGB V  
in der Fassung der 3. Ergänzungsvereinbarung vom 11.06.2015**

**zwischen**

**der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover**

**dem BKK Landesverband Mitte  
Siebstraße 4, 30171 Hannover**

**dem IKK classic, Tannenstraße 4b, 01099 Dresden**

**der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**

**der Knappschaft – Regionaldirektion Nord  
Siemensstraße 7, 30173 Hannover**

**- vertreten durch die Vorstände,**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- Techniker Krankenkasse (TK)**
- BARMER GEK**

- DAK - Gesundheit**
- - Kaufmännische Krankenkasse - KKH**
- HEK - Hanseatische Krankenkasse**
- Handelskrankenkasse (hkk)**

**gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:**

**Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),**

**vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Niedersachsen, An der Börse 1,  
30159 Hannover**

**- nachfolgend „Verbände“ genannt -**

**und der**

**Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e.V. (NKG)**

**Thielenplatz 3, 30159 Hannover**

**nachfolgend NKG genannt –**

**über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungspro-  
gramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-1-  
Diabetikern.**

Inhaltsverzeichnis:

|  |           |
|--|-----------|
| <b>PRÄAMBEL .....</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich.....</b>   | <b>6</b>  |
| § 1 Ziele der Vereinbarung.....  | 6         |
| § 2 Geltungsbereich.....   | 7         |
| <b>Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer .....</b>                                 | <b>9</b>  |
| § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors.....          | 9         |
| § 4a Ambulanter Versorgungssektor.....   | 10        |
| § 4b Rehabilitationseinrichtungen .....  | 10        |
| § 5 Teilnahmeerklärung .....   | 11        |
| § 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen .....   | 11        |
| § 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....   | 11        |
| § 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....   | 12        |
| <b>Abschnitt III Versorgungsinhalte .....</b>  | <b>13</b> |
| § 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm<br>Diabetes mellitus Typ 1 ..... | 13        |
| <b>Abschnitt IV Qualitätssicherung .....</b>   | <b>14</b> |
| § 10 Grundlagen und Ziele.....   | 14        |
| § 11 Maßnahmen und Indikatoren .....   | 14        |
| § 12 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....  | 15        |
| <b>Abschnitt V Schulungen .....</b>  | <b>16</b> |
| § 13 Leistungserbringer .....  | 16        |
| § 14 Versicherte und Schulungen .....  | 17        |
| <b>Abschnitt VI Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung .....</b>                     | <b>18</b> |
| § 15 Bildung einer Arbeitsgemeinschaft.....  | 18        |
| § 16 Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft .....  | 18        |
| § 17 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung .....   | 18        |
| § 18 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung .....  | 19        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Abschnitt VII Evaluation.....</b>                 | <b>20</b> |
| § 19 Evaluation .....                                | 20        |
| <b>Abschnitt VIII Vergütung und Abrechnung .....</b> | <b>21</b> |
| § 20 Vergütung der stationären Leistungen .....      | 21        |
| § 21 Vergütung der Schulungen .....                  | 21        |
| <b>Abschnitt IX Sonstige Bestimmungen.....</b>       | <b>23</b> |
| § 22 Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz.....    | 23        |
| § 23 Laufzeit und Kündigung .....                    | 23        |
| § 24 Schriftform.....                                | 24        |
| § 25 Salvatorische Klausel.....                      | 24        |

## Erläuterungen

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

DMP Arzt“ ist ein Arzt, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt „

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

„ DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie

„DMP-A-RL“ ist die DMP –Anforderungs-Richtlinie

„ DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen – Richtlinie

„Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 16,17

„Arbeitsgemeinschaft“ ist eine solche i. S. d. §§ 14, 15

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

## Präambel

Die Prävalenz des Diabetes mellitus schwankt zwischen 3 v. H. und 6 v. H. der Bevölkerung. In Deutschland leben über 5 Millionen Menschen mit bekannter Diagnose Diabetes mellitus. Die Anzahl der Kinder und Erwachsenen, die an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt sind, beträgt schätzungsweise 300.000 bis 600.000. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kindes- und Jugendalter auftritt, ist dieser Patientengruppe ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 ist der Diabetes mellitus Typ 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin zu behandeln. Hierdurch wird den Patienten eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung ermöglicht.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 1 zeigen, dass eine qualifizierte Schulung und Betreuung sowie eine individualisierte Therapie die Lebensqualität der Patienten deutlich erhöht und die Behandlungskosten reduziert werden können. Dies erfordert für die Behandlung und Betreuung von Typ-1-Diabetikern 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.

Die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 soll nun durch ein Disease-Management-Programm nach § 137g SGB V weiter optimiert werden. Daher schließen die Vertragspartner folgenden Vertrag auf der Grundlage des § 137f i.V.m. § 137g SGB V.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 7 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 geeignete Krankenhaus erfolgen. 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-Patientenverhältnisses stattfindet.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL sowie die Änderung der DMP-A-RL mit Beschluss vom 19.06.2014. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Regelungen für die Indikation Diabetes melli-

tus Typ 1 sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 7, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.

# **Abschnitt I**

## **Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1**

#### **Ziele der Vereinbarung**

- (1) Ziel der Vereinbarung ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des Disease-Management-Programms für Typ-1-Diabetiker und die Einbindung von Krankenhäusern im Bundesland Niedersachsen. Über dieses Behandlungsprogramm soll unter Beachtung der nach § 9 dieses Vertrages geregelten Versorgungsinhalte eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere im Hinblick auf eine interdisziplinäre Kooperation und Kommunikation aller Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen gewährleistet werden, um die Versorgung der Patienten zu optimieren.
- (2) Generelles Ziel ist die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus Typ 1 beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z.B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an die Disease-Management-Programme sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL sowie der RSAV in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Punkt 1.3.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
  - a) Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
  - b) Vermeidung von Neuropathien bzw. Linderung von damit verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,
  - c) Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen,
  - d) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

- e) Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hypoglykämien).
- (4) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen entsprechend Anlage 7 der DMP-A\_RL Ziffer 1.7.1 folgende Ziele im Vordergrund:
- a) Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie),
  - b) Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Blutglukoseeinstellung sowie die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (z.B. Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
  - c) Altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme, Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
  - d) Möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seiner Therapie; die Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten sind altersentsprechend zu stärken.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

- (1) Diese Vereinbarung 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 für Typ-1-Diabetiker 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 insbesondere die DMP-A-RL, die DMP-AF-RL und die RSAV. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von DMP-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 § 23 Abs. 2 des Vertrages. Die in diesem Vertrag aufgeführten Versorgungsinhalte entsprechen Anlage 7 sowie der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 der DMP-A- RL.



## **Abschnitt II**

### **Teilnahme der Leistungserbringer**

#### **§ 3**

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors**

- (1) Die Teilnahme der zugelassenen Krankenhäuser ist freiwillig.
- (2) Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V, die die Strukturanforderungen gemäß Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der NKG zur Weiterleitung an die Verbände der GKV in Niedersachsen mindestens zwei Ärzte (1 Arzt und 1 Vertreter) als DMP-Ansprechpartner. Der Arzt 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 Abs. 2 teilnehmenden zugelassenen Krankenhäuser gehören insbesondere:
  - a) die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
  - b) die Beratung des Versicherten im Hinblick auf die Notwendigkeit der Auswahl eines nachbehandelnden DMP-Arztes, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechenden Vertragsarzt betreut wurde,
  - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
  - d) die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt unter zeitnaher Weiterleitung der therapielevanten Informationen,
  - e) soweit ärztlicherseits eine Rehabilitationsmaßnahme erwogen wird, die Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich eingebundenen Einrichtung unter Berücksichtigung der individuellen Patienteninteressen durchzuführen. Im Übrigen unterliegt das Rehabilitationsverfahren den Vorschriften des SGB IX.

- f) die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 14, soweit die Schulungsbe-  
rechtigung gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung gemäß § 6 nachgewiesen ist  
und die Voraussetzungen nach Anlage 4 erfüllt sind.
- (5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass durch dieses Programm die Vertrauensbe-  
ziehung zwischen Patient und Arzt nicht gestört wird und seitens der Krankenkassen  
kein Eingriff in die medizinischen Belange des Arzt-Patientenverhältnisses stattfindet.

#### **§ 4a**

#### **Ambulanter Versorgungssektor**

- (1) Der Bereich des ambulanten Versorgungssektors wird von der Kassenärztlichen Ver-  
einigung Niedersachsen (KVN) wahrgenommen. Die Vorgaben des § 137f Abs. 7  
SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvorausset-  
zungen und den Versorgungsinhalten gemäß der DMP-A-RL regeln die Verbände in  
gesonderten Verträgen.
- (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 einge-  
bunden. Das Nähere, insbesondere zur Strukturqualität und zu den Versorgungsinhal-  
ten gemäß der DMP-A-RL, regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit den Re-  
habilitationseinrichtungen 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 ent-  
schieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrich-  
tungen 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. Das Nähere zur Kostenbeteiligung wird in der Vereinbarung über die Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung nach § 28f Abs. 2 Nr. 1c RSAV geregelt.

## **§ 6**

### **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

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 Strukturanforderungen nachgewiesen sind. Die Verbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.

## **§ 7**

### **Beginn und Ende der Teilnahme**

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Anerkennung der Beitrittserklärung durch die Verbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Beitrittserklärung durch den Träger an die Verbände. Die Rücknahme ist nur mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals 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 Disease-Management-Programms unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 2.

## § 8

### Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die Verbände der Krankenkassen führen ein Leistungserbringerverzeichnis der nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser (Anlage 5). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen zur Information der am DMP teilnehmenden Vertragsärzte.
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis wird dem Bundesversicherungsamt beim Antrag auf Zulassung vorgelegt. Bei unbefristeter Zulassung ist dieses dem BVA alle 5 Jahre und auf Anforderung in aktualisierter Form durch die Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.
- (1) Außerdem erhalten die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf:
  - die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
  - die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
  - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
  - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassen.
- (3) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

## **Abschnitt III**

### **Versorgungsinhalte**

#### **§ 9**

#### **Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1**

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 7 zur DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung bzw. seinen Antrag auf Teilnahme 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 ärztlichen Behandlungsspielraum nicht ein.
  
- (2) Die Leistungserbringer werden nach Inkrafttreten einer Änderung der Anlage 7 zur DMP-A-RL unverzüglich von der GE bzw. von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden (s. Formulierung KHK) über die eingetretene Änderung der Anforderungen an die Behandlung informiert.

## **Abschnitt IV**

### **Qualitätssicherung**

#### **§ 10**

##### **Grundlagen und Ziele**

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Anlage 3 insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V (einschließlich Therapieempfehlungen),
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie,
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Ziffer 1.7 der Anlage 5 der DMP-A-RL,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1.

#### **§ 11**

##### **Maßnahmen und Indikatoren**

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 7 zur DMP-A-RL sind im Rahmen dieses Disease-Management-Programms Maßnahmen und Indikatoren zur Erreichung der Ziele nach § 10 zugrunde zu legen.

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Bei Antragsstellung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 und Anlage 1 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die GE 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. nach 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**

### **Schulungen**

#### **§ 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 des Disease-Management-Programms für Typ-1-Diabetiker. Die GKV-Verbände erstellen hierzu in Abstimmung mit der NKG 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 Anforderung durch die Gemeinsame Einrichtung gegenüber derselben nachzuweisen.
- (3) Schulungsbestandteile, die bei der Schulung der Leistungserbringer vermittelt werden und die für die Durchführung von Disease-Management-Programmen 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 Typ-1-Diabetiker informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Mustere Exemplare der verwendeten Patienteninformationen.



## § 14

### Versicherte und Schulungen

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten über Ziele und Inhalte des strukturierten Behandlungsprogramms. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zu Grunde 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 4). 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 gemäß § 10 dieses Vertrages einzubeziehen. Weiterhin muss auf Inhalte, die der DMP-A-RL widersprechen, verzichtet werden.
- (4) Im Rahmen dieses Disease-Management-Programms werden die in Anlage 4 beschriebenen Schulungsprogramme eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können eingesetzt werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

## **Abschnitt VI**

### **Arbeitsgemeinschaft / Gemeinsame Einrichtung**

#### **§ 15**

##### **Bildung einer Arbeitsgemeinschaft**

Die Vertragspartner bilden mit der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen eine Arbeitsgemeinschaft nach § 219 SGB V. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt.

#### **§ 16**

##### **Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft**

- (1) Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Abs. 2 RSAV die Aufgaben, den bei ihr eingehenden Datensatz zu pseudonymisieren und ihn dann an die KVN und die Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung weiterzuleiten.
- (2) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in Abs. 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

#### **§ 17**

##### **Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung**

Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft bilden eine Gemeinsame Einrichtung DMP im Sinne des § 28f Abs. 2 Nr. 1c der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den Aufsicht führenden Landes- und Bundesbehörden eine Prüfberechtigung nach § 25 SVHV und § 274 SGB V zuerkannt wird.

## **§ 18**

### **Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung**

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzuführen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung und zusätzlicher Aufgaben wird in dem Vertrag der Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Abs. 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

## **Abschnitt VII**

### **Evaluation**

#### **§ 19**

#### **Evaluation**

- (1) Die Evaluation nach §137f Abs. 4 Satz 1 wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des gültigen Regelungen der DMP-A-RL.
- (2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden den externen Evaluatoren vom Datenzentrum der Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der Gemeinsamen Einrichtung in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.
- (3) Die zur Evaluation erforderlichen Daten sind die Dokumentationsdaten, die Abrechnungsdaten der KVN gemäß § 295 Abs. 2 Satz 1 und 4 SGB V und die Leistungsdaten der jeweiligen Krankenkassen und ggf. die Daten der Lebensqualitätsbefragung.
- (4) Die Kosten der Evaluation werden von den Krankenkassen getragen.

## **Abschnitt VIII**

### **Vergütung und Abrechnung**

#### **§ 20**

#### **Vergütung der stationären Leistungen**

- (1) Die Vergütungen der akutstationären Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen auf 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 Vertragspartner beobachten die Mengenentwicklung der einzelnen vom Krankenhaus im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen. Sofern es zu Veränderungen kommt, können diese entsprechend berücksichtigt werden.

#### **§ 21**

#### **Vergütung der Schulungen**

- (1) Die Patientenschulungen des Schulungsprogramms für Typ-1-Diabetiker können im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung von Krankenhäusern dieses Vertrages erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 4 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben und zur Durchführung von Schulungen gemäß § 6 zugelassen sind.

(2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

| <b>Programm</b>  | <b>Anzahl Patienten</b>  | <b>Zeitlicher Rahmen</b>                           | <b>Vergütung pro Patient und Einheit*</b> | <b>Abrechnungsnummer</b> |
|--|--|--|---|--------------------------|
| Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ZI) | bis zu 4 Personen  | 12 Doppelstunden*                                  | <b>26,00 € (je Doppelstunde)</b>          | <b>65171504</b>          |
| LINDA – Das Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 1 Diabetes              | bis zu 4 Personen  | 5 - 6 Unterrichtseinheiten (je 90 bis 120 Minuten) | <b>32,50 € (je Unterrichtseinheit)</b>    | <b>65171604</b>          |
| Diabetesbuch für Kinder (Schulungsprogramm)                                | Einzelschulung 6-12 Jahre  | Individuell  | <b>45,00 € (je 90 Minuten)</b>            | <b>65171704</b>          |
| Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)                               | Einzelschulung 13-18 Jahre   | Individuell  | <b>45,00 € (je 90 Minuten)</b>            | <b>65171804</b>          |
| Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)    | 4 bis 6 Patienten; Typ1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten            | 4 Doppelstunden*                                   | <b>25,00 € (je Doppelstunde)</b>          | <b>65171904</b>          |
| Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungsprogramm                  | 4 bis 6 Patienten; Typ1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie | 4 Doppelstunden*                                   | <b>25,00 € (je Doppelstunde)</b>          | <b>65172004</b>          |
| Schulungsmaterial für Kinder   |  |  | <b>19,90 €</b>                            | <b>65172104</b>          |
| Schulungsmaterial für Jugendliche  |  |  | <b>100,00 €</b>                           | <b>65172204</b>          |
| Schulungsmaterial inkl. Diabetes/Hypertonie-Pass                           |  |  | <b>9,50 €</b>                             | <b>65172304</b>          |

\* 1 Doppelstunde entspricht 90 Minuten

(3) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind. Der bestehende Kenntnisstand des Patienten und seine 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 3 unter Verwendung der o.g. Abrechnungsnummern direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

## **Abschnitt IX**

### **Sonstige Bestimmungen**

#### **§ 22**

#### **Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz**

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die am Vertrag Beteiligten verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen 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.

#### **§ 23**

#### **Laufzeit und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2007 in Kraft und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V 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 Disease-Management-Programme bzw. Versagung oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des Bundesversicherungsamtes kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

**§ 24**  
**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.

**§ 25**  
**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 der Vereinbarung 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 diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.



Hannover, den

-----  
Niedersächsische Krankenhausgesellschaft  
e.V.

-----  
AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-  
sachsen

-----  
BKK Landesverband  
Mitte  
Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen,  
Sachsen-Anhalt

-----  
IKK classic

-----  
SVLFG als Landwirtschaftliche  
Krankenkasse

-----  
Knappschaft  
- Regionaldirektion Nord -

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

## **Anlagen**

## Übersicht Anlagen

|          |  |
|----------|--|
| Anlage 1 | Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser          |
| Anlage 2 | Teilnahmeerklärung des Krankenhauses               |
| Anlage 3 | nicht besetzt                                      |
| Anlage 4 | Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte    |
| Anlage 5 | Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor) |