

Rahmenvertrag gem. § 137f i.V.m. § 137g SGB V

in Kraft ab 01.07.2017

in der Fassung der 1. Ergänzungsvereinbarung vom 01.01.2018

zwischen

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

dem BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover

der IKK classic
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden*
* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

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

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 Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-2-Diabetikern.

Inhaltsverzeichnis:

PRÄAMBEL	4
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich.....	6
§ 1 Ziele der Vereinbarung.....	6
§ 2 Geltungsbereich	7
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	8
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors.....	8
§ 4a Ambulanter Versorgungssektor.....	9
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen	9
§ 5 Beitrittserklärung	10
§ 6 Überprüfung der Beitrittsvoraussetzungen	10
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....	10
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	11
Abschnitt III Versorgungsinhalte	12
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2.....	12
Abschnitt IV Qualitätssicherung	13
§ 10 Verstoß gegen die Ziele des Programms.....	13
Abschnitt V Schulungen	14
§ 11 Leistungserbringer	14
§ 12 Versicherte und Schulungen	15
Abschnitt VI Gemeinsame Einrichtung.....	16
§ 13 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	16
§ 14 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	16
Abschnitt VIII Vergütung und Abrechnung	17
§ 15 Vergütung der stationären Leistungen	17
§ 16 Vergütung der Schulungen	17

Abschnitt IX Sonstige Bestimmungen.....	19
§ 17 Ärztliche Schweigepflicht / Datenschutz.....	19
§ 18 Laufzeit und Kündigung	19
§ 19 Schriftform.....	20
§ 20 Salvatorische Klausel.....	20

Erläuterungen

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

„DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

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

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

„DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie.

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

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.

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 sechs Millionen Menschen mit bekannter Diagnose Diabetes mellitus. Der Anteil der Patienten, die unter einem Diabetes mellitus vom Typ 2 leiden, beträgt dabei 95 v. H. Eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit ist zu erwarten. Eine erbliche Veranlagung sowie eine ungesunde Lebensweise sind die wichtigsten Risikofaktoren für einen Typ-2-Diabetes. Zwar können lebensstilverändernde Maßnahmen dazu beitragen, den Patienten eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung zu ermöglichen, allerdings kann die Erkrankung häufig auch mit einer Vielzahl von schwerwiegenden Begleit- und Folgeerkrankungen einhergehen.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des Diabetes mellitus Typ 2 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-2-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 2 soll 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. Die bisher bestehenden Einzelverträge werden durch einen Beitritt der Krankenhäuser zum Rahmenvertrag abgelöst.

Bei Vorliegen der unter Ziffer 1.8.3 der Anlage 1 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.

Der Vertragsstand berücksichtigt die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL, sowie die Änderungen der DMP-A-RL, die am 19.09.2014, 19.03.2016,

01.07.2016 und 01.07.2017 in Kraft getreten sind. Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A- RL in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Die Vertragspartner stimmen darin überein, den ursprünglichen Vertrag nach § 137f i.V.m. § 137g SGB V über die stationäre Versorgung im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von Typ-2-Diabetikern vom 01.07.2017 durch diese Vereinbarung zu ersetzen, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

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-2-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 2, 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 2 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 Nummer 1.3.1 der Anlage 1 der DMP-A-RL streben die Vertragspartner dieses Vertrages folgende Ziele an:
 - Vermeidung von Symptomen der Erkrankung (z.B. Polyurie, Polydipsie, Abgeschlagenheit) einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome, Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (insbesondere schwere oder rezidivierende Hyperglykämien) sowie schwerer hyperglykämischer Stoffwechsellentgleisungen,
 - Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität,
 - Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (insbesondere Retinopathie mit schwerer Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie),
 - Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/ oder osteopathischen Läsionen und von Amputationen.

§ 2

Geltungsbereich

(1) Diese Vereinbarung gilt für

- a) zugelassene Krankenhäuser gemäß § 108 SGB V in Niedersachsen, die ihren Beitritt zu diesem Vertrag erklärt haben und die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 zu diesem Vertrag erfüllen.
- b) die Behandlung von Versicherten, die am DMP für Typ-2-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 § 18 Abs. 2 des Vertrages. Die in diesem Vertrag aufgeführten Versorgungsinhalte entsprechen Anlage 1 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 Gemeinsamen Einrichtung auf der Beitrittserklärung gemäß Anlage 2 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:
 - die Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
 - 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,
 - die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforderlichen ärztlichen Behandlungsspielraums,
 - die Rücküberweisung des Versicherten an den DMP-Arzt unter zeitnaher Weiterleitung der therapielevanten Informationen,
 - 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.

- die Durchführung von Patientenschulungen gemäß § 12, 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

Beitrittserklärung

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V stellen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 2 einen Antrag auf Teilnahme an diesem Vertrag. 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 Beitrittsvoraussetzungen

Die Gemeinsame Einrichtung prüft den Antrag nach § 5 und stellt fest, ob die Beitrittsvoraussetzungen/ 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.
- (3) Außerdem erhalten die Teilnehmerverzeichnisse bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser 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.
- (4) Das Teilnehmerverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 1 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich durch seine Beitrittserklärung 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 1 zur DMP-A-RL unverzüglich von der GE bzw. von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden über die eingetretene Änderung der Anforderungen an die Behandlung informiert.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

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, ein erneuter Beitritt zum 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

§ 11

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-2-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 Beitrittserklärung 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-2-Diabetiker informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

§ 12

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 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 in der jeweils vom BVA als verwendungsfähig erklärten Auflage eingesetzt. Weitere Schulungsprogramme können zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden, wenn für diese der Nachweis entsprechend Absatz 2 Satz 1 erbracht wurde.

Abschnitt VI

Gemeinsame Einrichtung

§ 13

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

Die Vertragspartner und die Kassenärztliche Vereinigung 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.

§ 14

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 VIII

Vergütung und Abrechnung

§ 15

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.

§ 16

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen des Schulungsprogramms für Typ-2-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 dem Vertrag gemäß § 6 beigetreten sind.

(2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient und Einheit*	Abrechnungsnummer
MEDIAS 2 (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2)	4 bis 6 Patienten, Alter bis 70 Jahre	12 Doppelstunden Optional 8 Termine	26,- € pro Einheit	65172802
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	4 bis 10 Patienten	4 Doppelstunden (in wöchentlichem Abstand)	13,50 € pro Einheit	65172902
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen	4 bis 6 Patienten	5 Doppelstunden (erste und zweite Unterrichtseinheit an aufeinanderfolgenden Tagen, die übrigen in wöchentlichem Abstand)	26,- € pro Einheit	65173002
Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	Bis zu 4 Patienten	5 Doppelstunden	26,- € pro Einheit	65173102
Das strukturierte Hypertonie- Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4 bis 6 Patienten; Typ-2-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	4 Doppelstunden*	25,- € pro Einheit	65172002
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	4 bis 6 Patienten; Typ-2-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 Doppelstunden*	25,- € pro Einheit	65171902
Diabetes & Verhalten – Schulungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes, die Insulin spritzen	4 bis 6 Patienten	5 Gruppensitzungen à 3 Stunden (180 Minuten) innerhalb von 4-5 Wochen (inkl. Motivations- und begleitende Einzelgespräche)	66,- € pro Einheit	65173202
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass			9,50 € pro Patient	65172302

* 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 2 unter Verwendung der o.g. Abrechnungsnummern direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Abschnitt IX

Sonstige Bestimmungen

§ 17

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.

§ 18

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2017 in Kraft und löst die bisher bestehenden Einzelverträge zur Einbindung von Krankenhäusern ins DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Niedersachsen ab. Er 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, der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

§ 19

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.

§ 20

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,
Standort Hannover -

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

Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Beitrittserklärung des Krankenhauses
- Anlage 3 unbesetzt
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte
- Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)