

RAHMENVERTRAG
gemäß § 137f i.V.m. § 137g SGB V

zwischen

- **der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
zugleich für die See-Krankenkasse**
- **dem BKK Landesverband Niedersachsen-Bremen
Siebstraße 4, 30171 Hannover**
- **dem IKK-Landesverband Niedersachsen
Günther-Wagner-Allee 23, 30177 Hannover**
- **der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover**
- **der Knappschaft – Verwaltungsstelle Hannover
Siemensstraße 7, 30173 Hannover**
- **dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung
Niedersachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**
- **dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV), Landesvertretung Nieder-
sachsen, Rathenaustraße 1, 30159 Hannover
handelnd für und im Auftrag seiner Mitgliedskassen**

vertreten durch die Vorstände,

- **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-1-Diabetikern.

Inhaltsverzeichnis:

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

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

Erläuterungen

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

„Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte

„Vertragsärzte“ sind zugelassene Vertragsärzte und Vertragsärztinnen

„RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung

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

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

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 Kinder- 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 § 137 g 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 RSAV 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.

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 Risikostrukturausgleichsverordnung (im Folgenden RSAV genannt) in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Punkt 1.3.1 der Anlage 7 der RSAV 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 RSAV 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 ist insbesondere die RSAV in der jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 23 Abs. 2 des Vertrages. Die Anlagen dieses Vertrages, die die Versorgungsinhalte betreffen, entsprechen wörtlich der Anlage 7 der RSAV und sind zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der RSAV in der jeweils geltenden Fassung umzusetzen.

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 therapierelevanten 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 § 116b Abs. 1
SGB V sind entsprechend zu berücksichtigen. Das Nähere zu den Strukturvorausset-
zungen und den Versorgungsinhalten gemäß RSAV regeln die Verbände in gesonder-
ten 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 RSAV, regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilita-
tionseinrichtungen 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. 4 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 Akkreditierung und nachfolgend auf Anforderung zur Verfügung gestellt. Weiterhin wird das Verzeichnis bei Bedarf
 - den am Vertrag teilnehmenden Krankenhäusern über die NKG,
 - den teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen über die Verbände,
 - den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
 - den zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweiligen Krankenkassenzur Verfügung gestellt.
- (3) Das Teilnehmergeverzeichnis kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen sind in der Anlage 3 definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte dieser Vertragsanlage entsprechen wörtlich der Anlage 7 der RSAV. 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) Bei einer Änderung der Anlage 7 der RSAV verpflichten sich die Leistungserbringer die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen. Die Leistungserbringer werden von der NKG, nach Abstimmung mit den Verbänden über Änderungen der neuen Handlungsempfehlungen nach Veröffentlichung 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 3 dieses Vertrages,
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1.

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

(1) Ausgehend von Ziffer 2 der Anlage 7 der RSAV i.V.m. Ziffer 2 der Anlage 1 RSAV 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,
 - 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 RSAV-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 § 28d Abs. 1 Nr. 3 RSAV in geeigneter Weise durch Patienteninformationen über die Behandlungsprogramme für Typ-1-Diabetiker informieren. Die NKG erhält von den an diesem Vertrag beteiligten Krankenkassen Musterexemplare 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 RSAV 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 hat die Aufgabe auf Verlangen eines jeden Vertragspartners, der Mitglied der Arbeitsgemeinschaft ist, den Versichertenbezug wiederherzustellen, wenn dies im Einzelfall für die Erfüllung seiner jeweiligen Aufgabe zur Prüfung der Qualität der im Rahmen dieses Disease-Management-Programms erbrachten vertragsärztlichen Leistungen oder zur Sicherstellung der Vollständigkeit und Plausibilität der auf Grundlage der Dokumentationsdaten erstellten Dokumentationen erforderlich ist.
- (3) Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des § 80 SGB X die Datenstelle gem. § 21 mit der Durchführung der in den Abs. 1 und 2 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. 4 der RSAV zur Erfüllung der dort genannten Aufgaben. Das Nähere wird in einer gesonderten Vereinbarung geregelt. Diese muss insbesondere festlegen, dass den aufsichtsführenden 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

Die Evaluation wird für den Zeitraum der Zulassung des Programms sichergestellt und erfolgt unter Beachtung des § 28g RSAV sowie der Vorgaben des Bundesversicherungsamtes.

Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut vom Datenzentrum der Krankenkasse für Disease-Management-Programme und der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zeitnah zur Verfügung gestellt.

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.

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:

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

* 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, frühestens zum 31.12.2011 gekündigt werden.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der Disease-Management-Programme, die infolge einer nachfolgenden RSA-Änderungsverordnung, einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, in dem dafür vorgesehenen Zeitrahmen erfolgen.
- (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 Entzug der Akkreditierung 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 15.12.2006

Niedersächsische Krankenhausgesellschaft
e.V.

AOK – Die Gesundheitskasse für Nieder-
sachsen

BKK Landesverband
Niedersachsen-Bremen

IKK-Landesverband
Niedersachsen

Landwirtschaftliche Krankenkasse
Niedersachsen-Bremen

Knappschaft
- Verwaltungsstelle Hannover -

Verband der Angestellten-Kranken-
kassen e. V. (VdAK)
- Landesvertretung Niedersachsen -

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-
Verband e. V. (AEV)
- Landesvertretung Niedersachsen -

Anlagen

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Krankenhauses
- Anlage 3 Versorgungsinhalte Diabetes mellitus Typ 1 (Anlage 7 RSAV)
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt/Schulungsinhalte
- Anlage 5 Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)