

RAHMENVERTRAG

**gemäß § 137f i. V. m. § 137g SGB V
über die stationäre Versorgung im Rahmen des
strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) zur Verbesserung
der Qualität der Versorgung von Typ-1-Diabetikern**

in Kraft ab 01.07.2021

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 nach § 207 Abs. 4a SGB V
- **der SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse**
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover
- **der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord**
Siemensstraße 7, 30173 Hannover

vertreten durch die Vorstände

und

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 vdek-Landesvertretung Niedersachsen

Schillerstr. 32, 30159 Hannover

nachfolgend „Verbände“ genannt

und der

Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft e. V. (NKG)

Thielenplatz 3, 30159 Hannover

vertreten durch den Vorstand

Inhaltsverzeichnis:

Übersicht Anlagen	4
Erläuterungen	5
Präambel	6
Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich	7
§ 1 Ziele des Vertrages.....	7
§ 2 Geltungsbereich	8
Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer	9
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des stationären Versorgungssektors	9
§ 4a Ambulanter Versorgungssektor.....	10
§ 4b Rehabilitationseinrichtungen	10
§ 5 Teilnahmeerklärung	10
§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen	11
§ 7 Beginn und Ende der Teilnahme.....	11
§ 8 Leistungserbringerverzeichnisse.....	12
Abschnitt III Versorgungsinhalte	13
§ 9 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm DM 1	13
Abschnitt IV Qualitätssicherung	14
§ 10 Grundlagen und Ziele	14
§ 11 Maßnahmen und Indikatoren	14
§ 12 Verstoß gegen die Ziele des Programmes	15
Abschnitt V Schulungen und Information	16
§ 13 Leistungserbringer	16
§ 14 Versicherte	17
Abschnitt VI Gemeinsame Einrichtung	18
§ 15 Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung	18
§ 16 Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung	18
Abschnitt VII Vergütung und Abrechnung	19
§ 17 Vergütung der stationären Leistungen	19
§ 18 Vergütung der Schulungen	19

Abschnitt VIII Sonstige Bestimmungen	22
§ 19 Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz.....	22
§ 20 Laufzeit und Kündigung	22
§ 21 Schriftform	23
§ 22 Salvatorische Klausel	23

Übersicht Anlagen

- Anlage 1 Strukturvoraussetzungen für Krankenhäuser
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Krankenhauses
- Anlage 3 Strukturqualität schulende Ärzte und Patientenschulungen
- Anlage 4 Leistungserbringerverzeichnis (stationärer Sektor)

Erläuterungen

- „BAS“ ist das Bundesamt für Soziale Sicherung.
- „DM 1“ ist der Diabetes mellitus Typ 1.
- „DM 2“ ist der Diabetes mellitus Typ 2.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm/strukturierte Behandlungsprogramm.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
- „DMP-Arzt“ ist ein Arzt jedweden Geschlechts, der die Behandlung und Koordination des Patienten übernimmt.
- „EU-DSGVO“ ist die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union.
- „Gemeinsame Einrichtung“ ist eine solche i. S. d. §§ 15,16.
- „MVZ“ ist das Medizinische Versorgungszentrum.
- „Patienten“ sind Patienten jedweden Geschlechts.
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung.
- „Versicherte“ sind Versicherte jedweden Geschlechts.

§§, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag. Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

Personenbezeichnungen werden nachfolgend zur besseren Lesbarkeit nur in der männlichen Form verwendet. Dennoch sind gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Präambel

Als Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1) wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel aufgrund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist.

Da der Erkrankungsbeginn häufig im Kindes- und Jugendalter auftritt, ist dieser Patientengruppe ein besonderer Schwerpunkt zu widmen. Im Gegensatz zum Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2) ist der DM 1 nur durch die lebensnotwendige Applikation von Insulin zu behandeln. Hierdurch ist für den Patienten eine normale körperlich-geistige, soziale und berufliche Entwicklung möglich.

Der heutige Therapiestandard der intensivierten Insulintherapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie) oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII/Pumpentherapie) ermöglicht die Erreichung der normnahen Blutzuckereinstellung.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose des DM 1 zeigen, dass durch eine frühzeitige Diagnostik, 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 Patienten mit DM 1 unter Beachtung von Versorgungsinhalten, die auf evidenzbasierten Leitlinien beruhen, eine besondere Qualifikation der Ärzte und des nichtärztlichen Personals und spezielle technische Voraussetzungen für die Leistungserbringung.

Die Behandlung von Patienten mit DM 1 soll durch dieses Disease-Management-Programm (DMP) nach § 137f 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 Nummer 1.8.3 der Anlage 7 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (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 vorgenommen werden.

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-Patienten-Verhältnisses stattfindet.

Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung.

Abschnitt I
Ziele, Geltungsbereich

§ 1

Ziele des Vertrages

- (1) Ziel des Vertrages ist die aktive Teilnahme der Versicherten bei der Umsetzung des DMP DM 1 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 DM 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) Die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch DM 1 beeinträchtigten Lebensqualität der Patienten sollen durch dieses DMP erreicht werden. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Therapieziele angestrebt.
- (3) Die Ziele und Anforderungen an das DMP sowie die medizinischen Grundlagen sind in der DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung festgelegt. Entsprechend Nummer 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 osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen
 - d) Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige makroangiopathische Morbidität und Mortalität
 - e) Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (z. B. Lipohypertrophien)
- (4) Für die Betreuung von pädiatrischen Patienten stehen entsprechend Nummer 1.7.1 der Anlage 7 der DMP-A-RL folgende Ziele im Vordergrund:
 - a) Vermeidung akuter Stoffwechselentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma, schwere Hypoglykämie)

- b) Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung 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) Dieser Vertrag 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 DM 1 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 die RSAV und die diese ergänzenden Regelungen der DMP-A-RL in ihrer jeweils gültigen Fassung. Sollten sich aufgrund nachfolgender Änderungsverordnungen der RSAV oder aufgrund von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137f Abs. 2 SGB V oder durch weitere gesetzliche Regelungen inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen. Näheres hierzu regelt § 20 Abs. 2 des Vertrages.
- (3) Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für DM 1 teilnehmende Versicherte gemäß des jeweils aktuellen Abschnitts III (Versorgungsinhalte) dieses Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt grundsätzlich auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen DM 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.

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 Struktur- anforderungen gemäß Anlage 1 erfüllen.
- (3) Das zugelassene Krankenhaus benennt der Gemeinsamen Einrichtung auf der Teilnahme- erklärung 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, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Krankenhäuser, DMP-Ärzte sowie für die gesetzlichen Krankenkassen.
- (4) Die Kostenbeteiligung des Krankenhauses beträgt 200,00 € pro Jahr, unabhängig davon, an wie vielen DMP es teilnimmt.
- (5) Zu den Pflichten der nach Absatz 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 nach- behandelnden DMP-Arztes, soweit der Versicherte bisher nicht von einem entsprechen- den Vertragsarzt betreut wurde
 - c) die Beachtung der Qualitätsziele nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie unter Berücksichtigung des im Einzelfall erforder- lichen 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 im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben mögliche Empfehlung, diese Maßnahme in einer vertraglich ein- gebundenen 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 Schulungsberechtigung gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung nachgewiesen ist und die Voraussetzungen nach Anlage 3 erfüllt sind

§ 4a

Ambulanter Versorgungssektor

- (1) Den Einbezug des ambulanten Versorgungssektors in das DMP regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN).
- (2) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und den aktuellen Stand der teilnehmenden Ärzte wird die NKG durch die Verbände unverzüglich informiert.

§ 4b

Rehabilitationseinrichtungen

- (1) Mindestens eine nach § 111 SGB V zugelassene Rehabilitationseinrichtung für die medizinische Rehabilitation von teilnehmenden Versicherten wird vertraglich eingebunden. Das Nähere regeln die Verbände in gesonderten Verträgen mit den Rehabilitationseinrichtungen 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 entschieden.
- (3) Über den Wortlaut der Verträge, auch bei Änderungen, und die teilnehmenden Einrichtungen wird die NKG durch die Verbände unverzüglich informiert.

§ 5

Teilnahmeerklärung

Die zugelassenen Krankenhäuser nach § 108 SGB V erklären gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 die Teilnahme an diesem Vertrag.

§ 6

Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung prüft die Teilnahmeerklärung nach § 5 und stellt fest, ob die Teilnahmevoraussetzungen/Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 vorliegen. Sie empfiehlt den Verbänden, die Teilnahmeerklärung rechtsverbindlich anzunehmen, wenn die in Anlage 1 genannten Strukturanforderungen nachgewiesen sind. Die Verbände erteilen gemeinsam die Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag.
- (2) Sofern sich Veränderungen bei den Strukturvoraussetzungen ergeben, teilt das Krankenhaus der Gemeinsamen Einrichtung diese grundsätzlich innerhalb eines Monats schriftlich mit und fügt ggf. erforderliche Nachweise (z. B. zu Schulungsberechtigungen) bei. Die Gemeinsame Einrichtung prüft die Voraussetzungen, erteilt ggf. die Genehmigung und informiert die Verbände.
- (3) Bei Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 bzw. Anlage 1 informiert das Krankenhaus die Gemeinsame Einrichtung innerhalb eines Monats schriftlich. Die Gemeinsame Einrichtung benachrichtigt die Vertragspartner über die Beendigung der Teilnahme des Krankenhauses.

§ 7

Beginn und Ende der Teilnahme

- (1) Die Teilnahme des zugelassenen Krankenhauses beginnt mit der Genehmigung zur Teilnahme am Vertrag durch die Verbände und endet mit Wegfall der Voraussetzungen nach § 3 oder mit der Rücknahme der Teilnahmeerklärung durch den Träger. 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 DMP unter den Voraussetzungen des § 12 Abs. 2.

§ 8

Leistungserbringerverzeichnisse

- (1) Die Verbände führen ein Leistungserbringerverzeichnis der nach diesem Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser (Anlage 4). Dieses Verzeichnis erhalten die Vertragspartner und die KVN zur Information der am DMP teilnehmenden Ärzte/MVZ. Außerdem erhalten das Leistungserbringerverzeichnis bei Bedarf:
 - die am Vertrag teilnehmenden Krankenhäuser über die NKG
 - die teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen durch die Verbände
 - die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten durch die jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung)
 - die zuständigen Aufsichtsbehörden auf Anforderung durch die jeweilige Krankenkasse
- (2) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 wird dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) mit dem Antrag auf Zulassung und jederzeit auf Anforderung in aktualisierter Form vorgelegt.
- (3) Das Leistungserbringerverzeichnis nach Absatz 1 kann mit Zustimmung der Vertragspartner veröffentlicht werden. Die Krankenhäuser erklären sich mit ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 2 mit der Veröffentlichung ihrer Daten im Leistungserbringerverzeichnis gemäß Anlage 4 einverstanden.

Abschnitt III

Versorgungsinhalte

§ 9

Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm DM 1

- (1) Die medizinischen Anforderungen an die Behandlung sind in der Anlage 7 der DMP-A-RL definiert und sind Bestandteil dieses Vertrages. Sie gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Das teilnehmende Krankenhaus verpflichtet sich durch seine Teilnahmeerklärung 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 DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere auf die Versorgungsinhalte) entfaltet, von der Gemeinsamen Einrichtung bzw. von der NKG nach Abstimmung mit den Verbänden unverzüglich über die eingetretenen Änderungen informiert. Gleichsam verpflichten sich die Leistungserbringer, die Versorgung der Versicherten entsprechend anzupassen.

Abschnitt IV

Qualitätssicherung

§ 10

Grundlagen und Ziele

Grundlage der Qualitätssicherung sind entsprechend Nummer 2 der Anlage 7 der DMP-A-RL insbesondere folgende Ziele:

- Einhaltung der Anforderungen gemäß § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V und der Anlage 7 der DMP-A-RL (einschließlich Therapieempfehlungen)
- Einhaltung einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie
- Einhaltung der Kooperationsregeln der Versorgungsebenen gemäß Nummer 1.8 der Anlage 7 der DMP-A-RL
- Einhaltung der vereinbarten Anforderungen an die Strukturqualität

§ 11

Maßnahmen und Indikatoren

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

(2) Zu den Maßnahmen gehören insbesondere:

- Bei Einreichung der Teilnahmeerklärung durch das teilnahmewillige Krankenhaus Überprüfung der Strukturvoraussetzungen gemäß § 3 und Anlage 1 und sofern Schulungen angeboten werden sollen gemäß Anlage 3 durch die Gemeinsame Einrichtung. Weitere Einzelheiten hierzu werden in der Vereinbarung über die Gemeinsame Einrichtung geregelt.
- Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Leistungserbringer und eingeschriebenen Versicherten

§ 12

Verstoß gegen die Ziele des Programmes

- (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 und Information

§ 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 DMP DM 1. Die 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 DMP 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 Musterexemplare der verwendeten Patienteninformationen.

§ 14

Versicherte

- (1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten schriftlich oder elektronisch umfassend über Ziele und Inhalte des DMP sowie die mit der Teilnahme verbundene Verarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten. Hierbei werden auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent dargestellt.
- (2) Jeder teilnehmende Versicherte und ggf. dessen Betreuungsperson erhält Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm (Anlage 3). 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 DMP werden die in Anlage 3 beschriebenen Schulungsprogramme in der jeweils gültigen, vom BAS 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

§ 15

Bildung einer Gemeinsamen Einrichtung

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

§ 16

Aufgaben der Gemeinsamen Einrichtung

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten versicherten-bezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung durchzu-führen. Das Nähere über die Durchführung der Qualitätssicherung und zusätzliche Aufgaben wird in der Vereinbarung zur Gemeinsamen Einrichtung beschrieben.
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung beauftragt unter Beibehaltung ihrer Kernaufgaben und Beach-tung des Art. 28 EU-DSGVO i. V. m. § 80 SGB X die Datenstelle mit der Durchführung der in Absatz 1 genannten Aufgaben. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.

Abschnitt VII
Vergütung und Abrechnung

§ 17

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 Bundespflegeverordnung (BPfV), 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.

§ 18

Vergütung der Schulungen

- (1) Die Patientenschulungen für Typ-1-Diabetiker können im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung nur von den Krankenhäusern erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 3 im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen.
- (2) Die Schulungen werden wie folgt vergütet:

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	Abrechnungsnummer
Basisschulungen				
Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie (ICT)	bis zu 4 Patienten	12 Unterrichtseinheiten (je 90 Minuten)	26,00 € pro Einheit	65171504
LINDA-Diabetes-Selbstmanagement-schulung	bis zu 4 Patienten	5-6 Unterrichtseinheiten (je 90 bis 120 Minuten)	32,50 € pro Einheit	65171604
PRIMAS Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-1-Diabetes und einer Insulintherapie mit mehrmals täglicher Insulininjektion oder einer Insulinpumpentherapie	3 bis 8 Patienten	12 Unterrichtseinheiten (je 90 Minuten)	26,00 € pro Einheit	65173604

Programm	Anzahl Patienten	Zeitlicher Rahmen	Vergütung pro Patient	Abrechnungsnummer
Schulung als Ergänzung zum Basisprogramm				
HyPOS (Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement) nur als Ergänzung zu einem Basisschulungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1	4 bis 6 Patienten Nur für erwachsene an Diabetes Typ 1 erkrankte Patienten (ab 18 Jahren) geeignet, die nicht an folgenden Erkrankungen leiden: Krebs-, Demenz- oder psychiatrische Erkrankungen. Ferner nicht geeignet bei bestehender Schwangerschaft.	5 Unterrichtseinheiten (je 90 bis 120 Minuten)	40,00 € pro Einheit	65173704
Hypertonieschulungen				
Das strukturierte Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	4 bis 6 Patienten Typ-1-Diabetiker mit erhöhten Blutdruckwerten	4 Unterrichtseinheiten (je 90 Minuten)	25,00 € pro Einheit	65171904
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie	4 bis 6 Patienten Typ-1-Diabetiker mit essentieller arterieller Hypertonie	4 Unterrichtseinheiten (je 90 Minuten)	25,00 € pro Einheit	65172004
Schulungen für Kinder und Jugendliche				
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
Jugendliche mit Diabetes (Schulungsprogramm)	Gruppenschulung, 4 bis 10 Patienten von 13-18 Jahren	16 Unterrichtseinheiten (je 90 Minuten)	26,00 € pro Einheit	65173804
Schulungsmaterialien				
Schulungsmaterial Diabetesbuch für Kinder	je Patient		19,90 € pauschal	65172104
Schulungsmaterial Jugendliche mit Diabetes	je Patient		100,00 € pauschal	65172204
Schulungsmaterial inkl. Diabetes-Pass	je Patient		9,50 € pauschal	65172304

- (3) Nach diesem Vertrag 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. Eine im Krankenhaus angefangene Schulung sollte möglichst dort abgeschlossen werden, auch wenn der Patient bereits entlassen wurde. Sofern noch Unterrichtseinheiten ausstehen, ist der weiterbehandelnde DMP-Arzt darüber zu informieren. Insgesamt darf nur die festgelegte Maximalanzahl an Unterrichtseinheiten pro Versicherten im Rahmen derselben Schulung abgerechnet werden.
- (4) Die Krankenhäuser rechnen die Vergütungen gemäß Absatz 2 unter Verwendung der o. g. Abrechnungsnummern direkt mit der jeweiligen Krankenkasse ab.

Abschnitt VIII

Sonstige Bestimmungen

§ 19

Ärztliche Schweigepflicht/Datenschutz

- (1) Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafrecht ist sicherzustellen.
- (2) Die Krankenhäuser verpflichten sich, untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der EU-DSGVO und die besonderen sozialrechtlichen 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.

§ 20

Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2021 in Kraft und ersetzt den Vertrag vom 01.01.2007 in der Fassung der 3. Ergänzungsvereinbarung vom 11.06.2015. Er kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bereits am Vorvertrag teilnehmende Krankenhäuser müssen ihre Teilnahme nicht noch einmal erklären. Erteilte Genehmigungen zur Teilnahme behalten ihre Gültigkeit.
- (2) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des DMP, die durch eine nachfolgende Änderung der RSAV, der DMP-A-RL 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 DMP bzw. Versagung oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung durch einen bestandskräftigen Bescheid des BAS, der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Kündigungen gegenüber einem Vertragspartner berühren das Vertragsverhältnis der übrigen Partner nicht.

§ 21

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 22

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 dem Vertrag 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 dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, ihn unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Hannover/Dresden, den _____

Niedersächsische
Krankenhausgesellschaft e. V.

AOK – Die Gesundheitskasse
für Niedersachsen

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen

IKK classic

SVLFG
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT
- Regionaldirektion Nord -

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