

**Zwischen**

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,**

**dem BKK - Landesverband NORDWEST**

**handelt für die Betriebskrankenkassen, die diesem Vertrag beigetreten sind,  
zugleich für die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
(SVLFG) als Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK),**

**der IKK classic**

(handelnd für die Innungskrankenkassen,  
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

**der Knappschaft,**

**den nachfolgend benannten Ersatzkassen**

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse-KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),  
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH)**

**wird im Folgenden der**

### **8. Nachtrag**

zum Vertrag vom 10. Juni 2008 über die Durchführung eines strukturierten  
Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 auf der  
Grundlage von § 83 SGB V in der Fassung des 7. Nachtrags vom 15.06.2010

vereinbart:

## **1. Erläuterungen**

Den aufgelisteten Erläuterungen werden die folgenden Begriffe neu hinzugefügt:

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

## **2. Präambel**

Im Abs. 2 wird nach dem 3. Satz folgender Text neu eingefügt:

„Die vertraglichen Anpassungen des 8. Nachtrages berücksichtigen die Änderungen des zum 01.01.2012 Inkraftgetretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung des GKV-VStG und der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie durch die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet. Mit dem GKV-VStG wurde festgelegt, dass zukünftig alle bisher in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden. Da es für das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 noch keine Richtlinie des G-BA gibt, besteht folgende Übergangsregelung: Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 7 und 2 i. V. m Anlage 8 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für Diabetes mellitus Typ 1 in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.“

## **3. Abschnitt I Ziele, Geltungsbereich**

### **§ 1 Ziele der Vereinbarung**

In Abs 2 wird hinter dem Wort „Risikostrukturausgleichsverordnung“ eine Fußnote neu eingefügt:

„Für die nachfolgenden Nennungen der RSAV gilt: Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 7 und 2 i.V.m Anlage 8 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung weiter, bis die vom G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V zu erlassende Richtlinie für Diabetes mellitus Typ 1 in Kraft getreten ist. Auch § 28g RSAV gilt bis zum Inkrafttreten der vom G-BA nach § 137f Abs. 2 S. 2 Nr. 6 SGB V zu erlassenden Richtlinie für die Anforderung an die Evaluation fort. Soweit die in den §§ 28d und 28f RSAV geregelten Anforderungen betroffen sind, gelten diese ebenfalls weiter, wenn sie auf die vorgenannten Anforderungen verweisen.“

## **§ 2 Geltungsbereich**

Im 2. Abs. Satz 1 werden hinter dem Wort „RSAV“ folgende Wörter neu eingefügt: „sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA“.

Im Abs. 2 Satz 2 werden die Worte „einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 1 SGB V“ durch die Worte „von DMP-Richtlinien des GBA“ ersetzt.

In Abs. 3 werden folgende Änderungen vorgenommen:

Die Bezeichnung „BKK-Landesverband NORD“ wird durch „BKK-Landesverband NORDWEST“ ersetzt.

Nach dem Satz „Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK- Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären.“ Wird der folgender Satz neu eingefügt:

„Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.“

Die Bezeichnung „IKK Hamburg“ wird durch „IKK classic“ ersetzt.

## **4. Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer**

### **§ 6 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen**

Nach Abs. 1 wird ein Absatz 2 neu eingefügt:

„Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung (GE) durch die KVH einmal kalenderjährlich. Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder der GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Am Ende der Prüfung zum 30.06. eines jeden Jahres erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen eine Liste der geprüften DMP-Ärzte mit folgenden Angaben:

- a) Widerruf der Genehmigung, ohne Angabe der Gründe
- b) Verzicht bzw. Rückgabe der Genehmigung
- c) Ruhen der Zulassung, ohne Angaben von Gründen
- d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt.“

Die Nummerierung der Absätze wird fortlaufend angepasst. Der bisherige Abs. 2 wird zu Abs. 3.

### **§ 7 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme**

Es wird nach Abs. 1 ein neuer Abs. 2 eingefügt.

„Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 1 bzw. 2, 3 vollständig der KVH vorgelegt werden. Die erneute Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung, wenn gleichzeitig die Nachweise der Strukturvoraussetzungen der KVH vorgelegt wurden, andernfalls mit dem Zeitpunkt der vollständigen Vorlage der

erforderlichen Unterlagen. Eine rückwirkende DMP-Genehmigung kann in diesem Fall nicht erteilt werden.“

Die Nummerierung der Absätze wird fortlaufend angepasst. Der bisherige Abs. 2 wird zu Abs. 3, Abs. 3 wird zu Abs. 4, Abs. 4 wird zu Abs. 5, Abs. 5 wird zu Abs. 6, Abs. 6 wird zu Abs. 7, Abs. 7 wird zu Abs. 8, Abs. 8 wird zu Abs. 9.

#### **§ 8 Verzeichnis der Leistungserbringer**

Im Abs. 2 wird die Klammer im 3. Spiegelstrich ersatzlos gestrichen.

Abs. 4 wird wie folgt geändert:

„Die Leistungserbringerverzeichnisse stellen die Krankenkassen dem BVA beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung werden aktualisierte Leistungserbringerverzeichnisse dem BVA bzw. den Landesprüfdiensten alle 5 Jahre (und auf Anforderung) zur Verfügung gestellt.“

### **5. Abschnitt III, Versorgungsinhalte**

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

Ein zweiter Absatz wird neu eingefügt:

„Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Diabetes mellitus Typ 1 auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.“

### **6. Abschnitt IV, Qualitätssicherung**

#### **§ 12 Sanktionen**

Im Abs. 2, 2. Spiegelstrich wird ein 2. Satz neu eingefügt:

„Hält der Vertragsarzt trotz Aufforderung die eingegangenen Verpflichtungen nicht ein oder erfüllt er die Auflagen nicht, so kann er dauerhaft von der Teilnahme ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Vertragsarztes entscheidet die KVH im Benehmen mit den teilnehmenden Krankenkassen/Verbänden.“

### **7. Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung von Versicherten**

#### **§ 14 Information und Einschreibung**

Im Abs. 7 werden hinter dem Wort „RSAV“ die folgenden Wörter neu eingefügt: „sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA“.

#### **§ 16 Beginn und Ende der Teilnahme**

Im Abs. 3 wird der 2. Spiegelstrich neu gefasst:

„auch am Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g SGB V,“

## **8. Abschnitt VIII, Dokumentation und Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle**

### **§ 25 Datenfluss zur Datenstelle**

Im Abs 1 wird im ersten Satz das Zeichen „Komma“ durch einen „Doppelpunkt“ ersetzt und die erste Klammer mit der Bezeichnung „DVD“ ergänzt. Die letzten 3 Sätze in Abs. 1 werden ersatzlos gestrichen.

### **§ 28 Datenaufbewahrung und –löschung**

§ 28 wird wie folgt neu gefasst:

„Die im Rahmen des Programms übermittelten personenbezogenen oder personenbeziehbaren Daten werden von den Krankenkassen, der KV und der Gemeinsamen Einrichtung 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, aufbewahrt und nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten gelöscht.“

## **9. Abschnitt IX, Vergütung und Abrechnung**

### **§ 30 Vertragsärztliche Leistungen**

Das Wort „budgetierten“ wird gegen das Wort „morbiditysbedingten“ ausgetauscht.

### **§ 31 Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen**

Nach der Tabelle in Abs.2 werden folgende Textabschnitte neu eingefügt:

„Die Vergütung für die Erstdokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97000) ist grundsätzlich nur 1x je DMP-Teilnehmer von dem betreuenden koordinierenden Arzt abrechenbar, sofern der DMP-Teilnehmer nicht zuvor aus dem Behandlungsprogramm ausgeschrieben wurde. Die Folgedokumentation Diabetes mellitus Typ 1 (GOP-Nr.97001) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.

Bei einem „quartalsweisen Dokumentationsintervall“ muss die Dokumentation einmal je Quartal erstellt werden; pro Versicherten und Quartal wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet. Bei einem „Dokumentationsintervall jedes zweite Quartal“ muss die Dokumentation jedes zweite Quartal erstellt werden; pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.“

Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus. Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 mit Ausnahme der GOP 97000 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 1 aufgrund der Vorschriften der RSAV in der jeweils gültigen Fassung sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Regelungen der Richtlinien des G-BA in der jeweils gültigen Fassung. Die Abrechnung und Vergütung der in dieser Vereinbarung aufgeführten GOP setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen. Die aufgeführten DMP-Pauschalen

können nur abgerechnet werden, sofern im jeweiligen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.“

Im Abs. 7 wird das Wort „budgetierten“ gegen das Wort „morbiditybedingten“ ausgetauscht.

## **10. Abschnitt X, Sonstige Bestimmungen**

### **§ 34 Evaluation**

Der 3. Abs. wird nach dem Wort „sowie“ wie folgt geändert:  
„der jeweils gültigen Evaluationskriterien.“

### **§ 35 Laufzeit, Kündigung und Schriftform**

Abs. 2 wird wie folgt geändert:

„Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich verhandelt werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind hierbei einzuhalten.“

Abs. 3 wird ersatzlos gestrichen. Der bisherige Absatz 4 wird zu Abs. 3, Abs. 5 wird zu Abs. 4.

## **11. Inkrafttreten**

Der 8. Nachtrag tritt am 01.10.2013 in Kraft.

Hamburg, den 06.09.2013

.....  
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

.....  
AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

.....  
BKK-Landesverband NORDWEST  
zugleich für die SVLFG als LKK

.....  
IKK classic

.....  
Knappschaft  
Regionaldirektion Hamburg

.....  
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg