

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 01. April 2006 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Verbesserung der Versorgung der Qualität in der ambulanten Versorgung von Typ 2 Diabetikern nach § 137f SGB V auf der Grundlage von § 73a SGB V in der Fassung des 7. Nachtrages vom 01. September 2011

vereinbart:

1. Erläuterungen

Den aufgelisteten Erläuterungen werden die folgenden Begriffe neu hinzugefügt:

„G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

2. Präambel

Nach Abs. 7 wird ein neuer Abs. 8 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 2 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 1 und 2 i. V. m. Anlage 8 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 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 2 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 der RSAV gilt: Gemäß § 321 SGB V gelten die bislang in § 28b Abs. 1, den §§ 28c, 28e sowie den Anlagen 1 und 2 i. V. m. Anlage 8 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 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 2 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 Abs. 1 wird der „BKK- Landesverband NORD“ durch die Bezeichnung „BKK-Landesverband NORDWEST“ ersetzt.

Nach dem 4. Satz wird ein neuer 5. Satz eingefügt:

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

Im 3. Abschnitt des 1. Abs. Nr. 1 wird die Bezeichnung „IKK Hamburg“ durch „IKK classic“ ersetzt sowie das Wort „außerhamburgische“ vor dem Wort „Innungskrankenkassen“ ersatzlos gestrichen..

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

Der zweite Satz des Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„Sollten sich auf Grund nachfolgender RSAV-ÄndV, DMP-Richtlinien des GBA nach § 137f Abs. SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen, inhaltliche Änderungen ergeben, hat eine Anpassung dieses Vertrages zu erfolgen.“

4. Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

Nach Abs. 2 wird einer Absatz 3 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 Abs. wird fortlaufend angepasst. Der bisherige Abs. 3 wird zu Abs. 4.

§ 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

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

„Nach erfolgtem Widerruf der DMP-Genehmigung ist eine erneute Teilnahme des Vertragsarztes nur unter der Voraussetzung möglich, dass eine erneute Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 und die Nachweise zur Erfüllung der Strukturvoraussetzung gemäß den Anlagen 2 bzw. 3, 3a 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 Abs. 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.

§ 10 Verzeichnis der Leistungserbringer

Im Abs. 1a wird die Klammer im 3. Spiegelstrich ersatzlos gestrichen.

Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Das Verzeichnis nach Abs. 1 wird dem Bundesversicherungsamt (BVA) bei Antrag auf Zulassung dieses Disease-Management-Programms vorgelegt. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen. Das Teilnehmerverzeichnis wird außerdem

1. den am Vertrag teilnehmenden Vertragsärzten und,
2. bei Bedarf den teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (z. B. bei Neueinschreibung),
3. der Datenstelle nach § 29 zur Verfügung gestellt.

5. Abschnitt IV Qualitätssicherung

§ 14 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.“

6. Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Information und Einschreibung

Im Abs. 6 werden hinter dem Wort „RSAV“ die folgenden Wörter neu eingefügt: „sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA“.

§ 18 Beginn und Ende der Teilnahme

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

„auch am Tag der Aufhebung bzw. Wegfall der Zulassung nach § 137g Abs. 3 SGB V,“

§ 22 Information und Schulung von Versicherten

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

7. Abschnitt VII Dokumentation und allgemeingültige Datenschutzbestimmungen

§ 25 Datenaufbewahrung und –löschung

Der § 25 Datenaufbewahrung und –löschung wird 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.“

8. Abschnitt IX Datenfluss über eine durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die teilnehmenden Vertragsärzte beauftragte Datenstelle

§ 30 Datenflüsse über die Datenstelle

Im Abs. 1 wird in der ersten Klammer das Wort „DVD“ ergänzt.

9. Abschnitt X Vergütung und Abrechnung

§ 32 Vertragsärztliche Leistungen

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

§ 33 Vergütung Einschreibung und Dokumentation

Im Abs. 1 wird hinter dem Betrag „25 Euro“ die Klammer (GOP 99191) sowie hinter dem Wort „Dokumentation“ die Klammer (GOP 99192) neu eingefügt.

Im Abs. 2 wird das Wort „budgetierten“ gegen das Wort „morbiditybedingten“ ausgetauscht.

Ein 2. und 3. Satz werden neu eingefügt:

„Die Vergütung für die Erstdokumentation Diabetes mellitus Typ 2 (GOP-Nr.99191) 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 2 (GOP-Nr.99192) kann je DMP-Patient von dem betreuenden koordinierenden Arzt nur entsprechend des von ihm festgelegten Dokumentationsintervalls abgerechnet werden.“

Im Abs. 3 wird an den Satz 4 folgender Halbsatz neu eingefügt:

“pro Versicherten und zwei Quartalen wird somit höchstens eine Dokumentation vergütet.“

Ein Abs. 5 wird neu eingefügt:

“Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 1 und § 35 (GOP 99192 und 99193) mit Ausnahme der GOP 99191 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 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.“

§ 34 Vergütung für Schulungsmaßnahmen

Im Abs. 1 Satz 2 wird das Wort „pauschalieren“ durch das Wort „morbiditybedingten“ ersetzt.

§ 35 Sondervergütung der Vertragsärzte

Hinter dem Wort „Quartal“ wird die Klammer „(GOP 99193)“ neu eingefügt.

Es wird ein 3. Satz neu eingefügt:

„Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der morbiditybedingten Gesamtvergütung und schließen eine zusätzliche Abrechnung nach dem EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation aus.“

10. Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 39 Evaluation

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

§ 40 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 nachfolgenden RSA-ÄndV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder aufsichtsrechtlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich spätestens innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu vorgegebenen Stichtagen anzupassen sind.“

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

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