

Zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse,
dem BKK-Landesverband NORDWEST,**
handelnd 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,
(zugleich handelnd für die Innungskrankenkassen,
die dem unten genannten Vertrag beigetreten sind),

der Knappschaft,

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- D AK-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

7. Nachtrag

zum Vertrag vom 09. Nov. 2005 über die Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V KHK auf der Grundlage von § 83 SGB V in der Fassung des 6. Nachtrags vom 28.05.2010 vereinbart.

Zur Anpassung des Vertrages treffen die Vertragspartner die folgenden Regelungen:

1. Erläuterungen

Die aufgelisteten Erläuterungen werden wie folgt ergänzt:

„Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher im Sinne des § 3

„KVVH“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg

„Krankenkassen“ sind die teilnehmenden Krankenkassen/-verbände

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

„BVA“ ist das Bundesversicherungsamt

2. Präambel:

Nach Absatz 3 wird der folgende Abs. 4 neu eingefügt:

„Die vertraglichen Anpassungen des 7. Nachtrages vom 01.10.2013 berücksichtigen die Änderungen des zum 01.01.2012 in Kraftgetretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen des GKV-VStG und der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie der 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 RSAV geregelten Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme in die indikationsspezifischen Richtlinien des G-BA überführt werden. Da es für das strukturierte Behandlungsprogramm KHK 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 5, 5a und 2 i.V.m Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK 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 KHK 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

Abs. 2 werden die Wörter „Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung“ gestrichen und durch die Abkürzung „RSAV“ ersetzt. Hinter der Abkürzung „RSAV“ wird die folgende 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 5, 5a und 2 i.V.m Anlage 6 RSAV geregelten Anforderungen an die Zulassung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK 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 KHK 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.“

4. § 2 Geltungsbereich

Im 1. Satz des 2. Abs. wird das Wort „insbesondere“ gestrichen. Hinter dem Wort RSAV werden folgende Wörter neu eingefügt: „sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA.“ Das Wort „aktuellen“ wird durch das Wort „gültigen“ ersetzt.

In Satz 2 wird „einer Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 137f i.V.m. § 91 SGB“ gestrichen und durch „von DMP Richtlinien des G-BA ersetzt.“

Der Abs. 3 wird bezüglich der namentlichen Nennung der BKK wie folgt geändert: „Dieser Vertrag gilt für die Betriebskrankenkassen, die gegenüber dem BKK-Landesverband NORDWEST ihren Beitritt erklären. Der BKK-Landesverband NORDWEST meldet die beigetretenen Betriebskrankenkassen schriftlich an die KVH. Die KVH informiert die teilnehmenden Vertragsärzte.“

5. Abschnitt II Teilnahme der Leistungserbringer

§ 7 Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen

In Abs. 2 wird folgender Text angefügt: Die Prüfungen müssen bis spätestens 30.06. des Folgejahres abgeschlossen sein. Die Mitglieder GE erhalten zu Beginn der Prüfung spätestens zum 01.04. des Jahres eine Mitteilung über die Anzahl der zu prüfenden DMP-Ärzte. Nach Abschluss der Prüfung erhalten die Mitglieder der GE als Ergebnis der Überprüfung der Strukturvoraussetzungen umgehend eine List 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 Angabe von Gründen
- d) Strukturvoraussetzungen erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt

Abs. 3 wird vollständig neu angefügt:

Die Krankenkassen prüfen die Teilnahmevoraussetzungen der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen nach § 5 und binden dieses vertraglich in das DMP ein

6. § 8 Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme

Es wird folgender Punkt 2 neu aufgenommen: „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, ggf. Anlage 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 nicht erteilt werden.“

Der bisherige Punkt 2 wird Punkt 3, Punkt 3 wird Punkt 4, Punkt 4 wird Punkt 5, Punkt 5 wird Punkt 6, Punkt 6 wird Punkt 7, Punkt 7 wird Punkt 8.

7. § 9 Leistungserbringerverzeichnis

Der Abs. 4 wird wie folgt geändert:

„Die Verzeichnisse gem. Absatz 1 und 3 stellen die teilnehmenden Krankenkassen dem Bundesversicherungsamt (BVA) beim Antrag auf Zulassung zur Verfügung. Bei einer unbefristeten Zulassung sind diese dem BVA alle 5 Jahre (und auf Anforderung) in aktualisierter Form vorzulegen.“

8. Abschnitt III Versorgungsinhalte

§ 10 Medizinische Anforderungen an das Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit und das Modul chronische Herzinsuffizienz

Ein zweiter Absatz wird neu eingefügt

„Die Vertragspartner stimmen überein, an diesem strukturierten Behandlungsprogramm für Koronare Herzkrankheit und am Modul chronische Herzinsuffizienz teilnehmende Versicherte gemäß der jeweils aktuellen Anlage „Versorgungsinhalte“ des DMP-Vertrages zu behandeln und zu beraten. Dies gilt auch, wenn teilnehmende Leistungserbringer Versicherte wegen Ko-

ronare Herzkrankheit und am Modul chronische Herzinsuffizienz auch aufgrund anderer Verträge behandeln und beraten.“

9. Abschnitt V Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

§ 16 Information und Einschreibung

In Abs. 7 wird hinter dem Wort RSAV „sowie die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA“ eingefügt.

10. Abschnitt VII Übermittlung der Dokumentation an die durch die Krankenkassen, die Arbeitsgemeinschaft und die Gemeinsame Einrichtung beauftragte Stelle (Datenstelle) und deren Aufgaben

§ 24 Datenfluss zur Datenstelle

Im Absatz 1 Satz 1 wird hinter dem Wort „Datenträger“ der Klammerzusatz um das Wort „DVD“ ergänzt. In Abs. 1 wird Satz 3 gestrichen.

11. § 26 Datenaufbewahrung und -löschung

In § 26 wird „gelöscht“ durch „archiviert“ und „sieben“ durch „15“ ersetzt. An den letzten Satz wird „unverzüglich – spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.“ angefügt.

12. Abschnitt VIII Datenfluss an die Krankenkassen, die KV und die gemeinsame Einrichtung

§ 29 Datenaufbewahrung und -löschung

In § 29 wird „gelöscht“ durch „archiviert“ und „sieben“ durch „15“ ersetzt. An den letzten Satz wird „unverzüglich – spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.“ angefügt.

13. Abschnitt X Evaluation

§ 34 Evaluation

In Satz 1 wird „Vorgaben des Bundesversicherungsamtes“ durch „jeweils gültigen Evaluationskriterien“ ersetzt. Der Satz 2 wird ersatzlos gestrichen.

14. Vergütung Einschreibung/Dokumentation/Schulungen

Abs. 4 wird wie folgt ergänzt: „Voraussetzung für die Zahlung der Vergütungspauschalen nach Abs. 2 mit Ausnahme der GOP 95500 ist eine gültige Einschreibung des Versicherten in das strukturierte Behandlungsprogramm Koronare Herzkrankheit und ggf. zusätzlich am Modul chronische Herzinsuffizienz 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.“

15. Abschnitt XII Sonstige Bestimmungen

§ 40 Laufzeit und Kündigung

Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst: „Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen des Disease-Management-Programms, die infolge einer Änderung der RSAV, von DMP-Richtlinien des G-BA nach § 137f Abs. 2 SGB V oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich bzw. innerhalb der gesetzlichen Anpassungsfristen nach § 137g Abs. 2 SGB V oder zu den vorgegebenen Stichtagen vorgenommen werden.“

16. § 40 Abs. 6

Abs. 6 wird ersatzlos gestrichen.

17. Inkrafttreten

Der 7. Nachtrag tritt am 01.10.2013 in Kraft.

Hamburg, den

.....
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH)

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

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

.....
Knappschaft
Regionaldirektion Hamburg

.....
IKK classic

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