

Vertrag

zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V

(in der geänderten Fassung vom 01.07.2015)

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

und

**der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.**

vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch
Frau Andrea Epkes

der IKK classic

**dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover**

**der Knappschaft
Regionaldirektion Chemnitz**

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Hoppegarten**

den Ersatzkassen

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

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

Inhaltsverzeichnis

Erläuterungen	3
Präambel.....	4
§ 1 Gegenstand der Vereinbarung	4
§ 2 Programmabläufe.....	4
§ 3 Sondervergütung.....	5
§ 4 Laufzeit und Kündigung.....	7
§ 5 Schriftform.....	7
§ 6 Salvatorische Klausel	7

Erläuterungen

- Paragraphen, Abschnitte und Anlagen ohne Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease Management Programm (Strukturiertes Behandlungsprogramm).
- „RSAV“ ist die Risikostrukturausgleichsverordnung in der jeweils gültigen Fassung.
- „Versicherte“ sind weibliche und männliche Versicherte.
- „Vertragsärzte“ sind weibliche und männliche zugelassene Ärzte, bei einem Vertragsarzt oder in einem MVZ gemäß § 95 SGB V angestellte Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und Vertragsärzte in Einrichtungen nach § 311 SGB V und in ermächtigten Einrichtungen.
- „Koordinierender Vertragsarzt“ ist ein solcher i. S. d. § 3 der jeweiligen DMP-Verträge.
- „Leistungserbringer“ sind die Vertragsärzte i. S. d. § 3 und die Fachärzte i. S. d. § 4 (§ 3 beim DMP Diabetes mellitus Typ 1) sowie Krankenhäuser i. S. d. § 4a (§ 4 beim DMP Diabetes mellitus Typ 1) und Rehabilitationseinrichtungen i. S. d. § 4b (§ 4 beim DMP Diabetes mellitus Typ 1) der jeweiligen DMP-Verträge.
- „Datenstelle“ ist eine solche i. S. d. § 21 der jeweiligen DMP-Verträge.
- „Krankenkassen“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen bzw. deren Verbände.
- „KVS“ ist die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.
- „Vertragspartner“ sind die am Vertrag beteiligten Krankenkassen oder deren Verbände und die KVS.
- „LANR“ ist die lebenslange Arztnummer des Vertragsarztes.
- „(N)BSNR“ ist die Betriebs- oder Nebenbetriebsstättennummer des Vertragsarztes.
- „G-BA“ ist der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 SGB V.
- „DMP-AF-RL“ ist die DMP-Aufbewahrungsfristen-Richtlinie.
- „DMP-A-RL“ ist die DMP-Anforderungen-Richtlinie.
- „DMP-RL“ ist die DMP-Richtlinie.

Präambel

Die Behandlung chronischer Erkrankungen soll durch strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V optimiert werden. Grundlage dieser Programme sind die jeweils geltenden Regelungen der RSAV, der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-RL), der Richtlinie des G-BA zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Abs. 2 SGB V (DMP-A-RL) sowie der Richtlinie des G-BA zur Regelung von Aufbewahrungsfristen der für die Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlichen personenbezogenen Daten nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V (DMP-AF-RL) in ihrer jeweils geltenden Fassung.

Innerhalb der DMP spielen internistische Diagnosen eine wesentliche Rolle. Mit steigender Anzahl an strukturierten Behandlungsprogrammen wird die Zahl von Patienten zunehmen, die aufgrund ihrer Multimorbidität für mehrere DMP in Frage kommen. Datenanalysen der Krankenkassen ergaben, dass allein für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit mit ca. 30 % Überschneidung zu rechnen ist. Da im DMP gesicherte Erkenntnisse der Behandlung, aber vor allem strukturelle und koordinierende Komponenten vereinbart sind, kann die Teilnahme von Patienten an mehreren DMP durchaus sinnvoll sein.

Bei der Umsetzung der DMP zu internistischen Diagnosen obliegt grundsätzlich den Hausärzten die Koordination der in die Programme eingeschriebenen Versicherten. Über 85 % der Versicherten kontaktieren ihren Hausarzt als ersten Ansprechpartner. Die zentralen Aufgaben des Hausarztes liegen in der Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen sowie in der Lösung der akut auftretenden Patientenprobleme. Die nicht unerheblichen Überschneidungen bezüglich der Risikofaktoren sowie Diagnostik und/oder Therapie legen eine übergreifende Koordination nahe und betonen damit die Rolle des Hausarztes als diagnoseübergreifender koordinierender Vertragsarzt.

Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Regelungen der RSAV sowie durch die diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung gewährleistet.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Dieser Vertrag regelt die Besonderheiten für die Koordination des Versicherten, wenn dieser an mehreren DMP zu internistischen Erkrankungen im weiteren Sinne gleichzeitig teilnimmt. Näheres regelt § 3 dieses Vertrages.

§ 2

Programmabläufe

- (1) Der koordinierende Vertragsarzt vermeidet bei der Behandlung von Versicherten, die an mehreren DMP teilnehmen, Doppeluntersuchungen und berücksichtigt Wechselwirkungen. Er synchronisiert die jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume.
- (2) Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte i. d. R. nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, entscheiden sich grundsätzlich für einen koordinierenden Vertragsarzt. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes.

§ 3 Sondervergütung

- (1) Bei der Koordinierung der in mehreren Programmen eingeschriebenen Versicherten durch einen Vertragsarzt (nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages) werden entsprechend der Leistungsdefinition des DMP-Vertrages für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte Erstdokumentation sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten nach den jeweiligen DMP-Verträgen folgende Vergütungen vereinbart:

		Abrechnungsnummer	Vergütung
Erstdokumentation und Einschreibung in das erste DMP		Abrechnungsnummer des DMP, in dem die Ersteinschreibung erfolgte	25,00 €
Erstdokumentation und Einschreibung in ein weiteres DMP	DMP Diabetes mellitus Typ 2	99311A	15,00 €
	DMP KHK	99321A	15,00 €
	DMP Diabetes mellitus Typ 1	99341A	15,00 €
	DMP Asthma	99351A	15,00 €
	DMP COPD	99361A	15,00 €

Die Vergütung für die Behandlung eines Versicherten in einem siebentem oder weiteren DMP wird zu gegebener Zeit nachverhandelt.

- (2) Bei der Koordinierung der in mehreren Programmen eingeschriebenen Versicherten durch einen Vertragsarzt (nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages) werden entsprechend der Leistungsdefinition des DMP-Vertrages für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelten **Folgedokumentationen** nach den jeweiligen DMP-Verträgen folgende Vergütungen vereinbart:

		Abrechnungsnummer	Vergütung
Folgedokumentation für das DMP, wo die Ersteinschreibung erfolgte		Abrechnungsnummer des DMP, in dem die Ersteinschreibung erfolgte	15,00 €
Folgedokumentation für das DMP, wo die weitere Einschreibung erfolgte	DMP Diabetes mellitus Typ 2	99311B	9,00 €
	DMP KHK	99321B	9,00 €
	DMP Diabetes mellitus Typ 1	99341B	9,00 €
	DMP Asthma	99351B	9,00 €
	DMP COPD	99361B	9,00 €

Die Vergütung für die Behandlung eines Versicherten in einem siebentem oder weiteren DMP wird zu gegebener Zeit nachverhandelt.

- (3) Jede Abrechnungsnummer für die Erstdokumentation ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im jeweiligen DMP durch Vertragsärzte nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei der Wiedereinschreibung des Versicherten.
- (4) Die Abrechnung der Nummern für die Erstdokumentation nach diesem Vertrag schließt weiterhin eine Abrechnung der Nummer für die Erstdokumentation aus dem gleichen DMP nach dem jeweiligen DMP-Vertrag im gleichen Quartal aus.
- (5) Jede Abrechnungsnummer für die Folgedokumentationen ist durch Vertragsärzte nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel):
 - a) einmal im Quartal je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) jedes Quartal angegeben hat.
 - b) einmal in zwei Quartalen je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- oder Folgedokumentation) jedes zweite Quartal angegeben hat.
- (6) Die Abrechnung der Nummern für die Folgedokumentation nach diesem Vertrag schließt weiterhin eine Abrechnung der Nummer für die Folgedokumentation aus dem gleichen DMP nach dem jeweiligen DMP-Vertrag im gleichen Quartal aus.
- (7) Die Festlegung, welches DMP als Ersteinschreibung im Rahmen des DMP-Vertrages und welches DMP als weitere Einschreibung im Rahmen dieses Vertrages abgerechnet wird, obliegt dem koordinierenden Vertragsarzt. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden. Endet die Teilnahme am DMP der Ersteinschreibung und ist eine Wiedereinschreibung des Versicherten nicht möglich, so trifft der koordinierende Vertragsarzt die Festlegung nach Satz 1 mit Wirkung ab dem Folgequartal nach Bekanntwerden der Änderung neu.
- (8) Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) aus. Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.
- (9) Die Datenstelle übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag), Anlage 1 „Aufgabenbeschreibung“ Abschnitt 6.2, in der alle vollständig, plausibel sowie fristgemäß elektronisch übermittelten Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug sowie die ungültigen und unplausiblen Dokumentationen mit Arzt- und Versichertenbezug enthalten sind.

Diese Aufstellung der Datenstelle ist Grundlage für die Prüfung der abgerechneten Folgedokumentationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.

Die KVS stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten gemäß § 3 des jeweiligen DMP-Vertrages in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.

- (10) Identische Patientenschulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

§ 4 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.07.2015 in Kraft und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Vertragsänderungen oder Anpassungen der DMP, die infolge einer Änderung der RSAV sowie der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils geltenden Fassung oder aufgrund sonstiger gesetzlicher, vertraglicher oder behördlicher Maßnahmen notwendig werden, unverzüglich vorgenommen werden. Die Anpassungsfristen gemäß § 137g Abs. 2 SGB V sind zu beachten.
- (4) Bei wichtigem Grund, insbesondere bei Wegfall oder Änderung der RSA-Anbindung der DMP, Wegfall oder Änderung einer Richtlinie des G-BA oder bei Aufhebung oder Wegfall der Zulassung des Programms durch das BVA, kann der Vertrag von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gekündigt werden. Die Vertragspartner sind sich einig, dass das Sonderkündigungsrecht bis zu zwei Quartale nach Inkrafttreten einer etwaigen Regelung, die den Wegfall oder die Änderung der RSA-Anbindung zum Inhalt hat, ausgeübt werden kann.
- (5) Werden einer oder mehrere der zugrunde liegenden DMP-Verträge für die in § 3 dieses Vertrages genannten Indikationen gekündigt oder enden diese aus anderen Gründen, so entfällt mit der Wirksamkeit dieser Kündigung oder des Auslaufens aus anderen Gründen auch die Abrechenbarkeit der entsprechenden GOP nach diesem Vertrag.

§ 5 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.

§ 6 Salvatorische Klausel

- (1) 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.
- (2) Erweist sich diese Vereinbarung als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Dresden, 29. Dezember 2015

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

gez.

AOK PLUS

gez.

BKK-Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez.

IKK classic

gez.

Knappschaft
Regionaldirektion Chemnitz

gez.

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez.

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