

Nachtrag zu den DMP-Verträgen

in der Region Sachsen

1. **Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Asthma bronchiale (Asthma)** (in der geänderten Fassung vom 01.04.2019)
2. **Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)** (in der geänderten Fassung vom 01.10.2020)
3. **Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 (DM 1)** (in der geänderten Fassung vom 01.07.2015)
4. **Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 (DM 2)** (in der geänderten Fassung ab 01.10.2020)
5. **Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen (BK)** (in der geänderten Fassung vom 01.10.2018)

zwischen

der **Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen**

und

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

vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch
Herrn Wolfgang Karger

der **IKK classic**

dem **BKK Landesverband Mitte**

Eintrachtweg 19
30173 Hannover

der **KNAPPSCHAFT**

Regionaldirektion Chemnitz

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

den nachfolgend **benannten Ersatzkassen**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen

Mit Schreiben vom 01.12.2020 informierte das Bundesamt für Soziale Sicherung über erforderliche Anpassungsbedarfe in verschiedenen Disease Management Programmen (DMP) für die Region Sachsen. Darüber hinaus sind die neue indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung und die Patienteninformation (beides Stand 06.05.2020) in allen DMP verbindlich ab 01.04.2021 zu vereinbaren, Bezüge auf die Risikostrukturausgleichsverordnung zu ändern, das Bundesversicherungsamt in das Bundesamt für Soziale Sicherung umzubenennen und Regelungen zu den Aufbewahrungsfristen anzupassen. Aus diesen Gründen wird dieser DMP-übergreifende Nachtrag alle folgenden erforderlichen Änderungen mit Wirkung zum 01.04.2021 regeln.

ÄNDERUNG DER BEZÜGE AUF DIE RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHsverORDNUNG

Änderungen in den DMP Verträgen Asthma, DM 1 und BK

Mit dem Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden die die DMP betreffenden Paragraphen in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) neu nummeriert. In den vorgenannten Verträgen wird daher § 28d RSAV durch § 24 RSAV sowie § 28f RSAV durch § 25 RSAV ersetzt. Die Nummerierung der Absätze bleibt unverändert.

UMBENENNUNG BUNDESVERSICHERUNGSAMT IN BUNDESAMT FÜR SOZIALE SICHERUNG (BAS)

Änderungen in den DMP Verträgen Asthma, DM 1 und BK

Mit dem Gesetz zur Reform des Sozialen Entschädigungsrechts wurde das Bundesversicherungsamt ab dem 01.01.2020 in Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) umbenannt. Die Bezüge werden in den vorgenannten Verträgen entsprechend angepasst.

ÄNDERUNGEN AUFGRUND DER DS-GVO ZUM THEMA AUFBEWAHRUNGSFRISTEN

Änderungen in den DMP Verträgen DM 1 und BK hier: § 15

Der § 15 in den angesprochenen Verträgen wird durch folgende Fassung ersetzt:

Nach umfassender Information über das DMP entsprechend § 3 Abs. 1 der DMP-A-RL und der damit verbundenen Datenverarbeitung –sowie Dauer der Aufbewahrung erklärt sich der Versicherte auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte gemäß der Anlage x „Teilnahme- und Einwilligungserklärung“ zur Teilnahme an dem Behandlungsprogramm bereit und willigt so einmalig mit seiner Unterschrift in die damit verbundene Verarbeitung seiner personenbezogenen Daten (insbesondere auch der Behandlungsdaten) ein. Die Abschnitte Datenschutzinformation und Patienteninformation der Anlage x verbleiben beim Versicherten.

Änderungen in den DMP Verträgen COPD, DM 1, DM 2 und BK hier: § 25

Der § 25 in den genannten Verträgen wird um folgenden zweiten Satz ergänzt/ersetzt:

„Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 Abs. 2 b DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung.“

**Änderungen in den DMP Verträgen Asthma, COPD, DM 2, DM 1 und BK
hier: § 28**

Der zweite Satz im § 28 wird durch folgenden Satz ersetzt:

Es gelten die Aufbewahrungsfristen gemäß § 5 DMP-A-RL in der jeweils gültigen Fassung, insbesondere bei den Krankenkassen und den für die Durchführung der Programme beauftragten Dritten gemäß § 5 Abs. 2 a und 2 d DMP-A-RL.

**Änderungen in den DMP Verträgen COPD, DM 2, DM 1 und BK
hier: § 30**

COPD

Der § 30 Abs. 1 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 6 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

DM 1 und DM 2

Der § 30 Abs. 1 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 25 Abs. 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL versichertenbezogen zu pseudonymisieren und diese dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

BK

Der § 30 Abs. 1 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Die Arbeitsgemeinschaft hat entsprechend § 28f Absatz 2 Nr. 1 RSAV die Aufgabe, die bei ihr eingehenden Dokumentationsdaten nach der DMP- A-RL Anlage 4 versichertenbezogen zu pseudonymisieren und sie dann an die KVS und die von Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft gebildete Gemeinsame Einrichtung nur für die Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben im Rahmen der Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ weiterzuleiten.

**Änderungen in den DMP Verträgen Asthma, DM 1, DM 2 und BK
hier: § 32**

Asthma

Der § 32 Abs. 2 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

- (2) *Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.*

DM 1 und DM 2

Der § 32 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

(1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere

- 1. eine Unterstützung bei der Erreichung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,*
 - 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL,*
 - 3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogenen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL und*
 - 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach § 137f Abs. 4 Satz 1 SGB V i. V. m. § 6 der DMP-A-RL und*
 - 5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.*
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art. 28 DSGVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für das ordnungsgemäße Nachkommen der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.*
- (3) Autorisierte Mitarbeiter der Mitglieder der Gemeinsamen Einrichtung haben im Rahmen des § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung einschließlich Korrespondenzen, Feedbackberichten usw.*

BK

Der § 32 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

- (1) Die Gemeinsame Einrichtung hat die Aufgabe, auf Basis der ihr übermittelten Dokumentationsdaten die ärztliche Qualitätssicherung gemäß Anlage 8 „Qualitätssicherung“ durchzuführen. Diese umfasst insbesondere:*
- 1. eine Umsetzung der Qualitätsziele anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach der DMP-A-RL Anlage 4,*
 - 2. die Unterstützung im Hinblick auf eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie gemäß Ziffer 2 der DMP-A-RL anhand der Arzneimitteldaten der Dokumentationsdaten nach der DMP-A-RL Anlage 4,*
 - 3. die Erstellung der Feedbackberichte anhand der quantitativen Angaben der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten nach der DMP-DMP-A-RL Anlage 4,*
 - 4. die Pseudonymisierung des Arztbezugs und Übermittlung dieser Daten zur Evaluation nach der DMP-A-RL Anlage 4 Ziffer 6 und*
 - 5. die Entwicklung weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung.*
- (2) Die Gemeinsame Einrichtung kann unter Beachtung des Art 28 DS-GVO i. V. m. § 80 SGB X eine Datenstelle mit der Datenverarbeitung sowie Dauer der Aufbewahrung in Zusammenhang mit den in Abs. 1 genannten Aufgaben beauftragen. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach.*

- (3) *Autorisierte Mitarbeiter der Gemeinsamen Einrichtung haben im Rahmen des § 3 des Gesellschaftsvertrages der Gemeinsamen Einrichtung Zugriff auf alle Daten und weiteren Unterlagen der Gemeinsamen Einrichtung einschließlich Korrespondenzen, Feedbackberichte usw.*

Änderungen im DMP Vertrag DM 1

hier: § 11

Der § 11 wird durch folgende Fassung ersetzt

- (1) *Zur Erreichung der in § 10 Abs. 1 festgelegten Qualitätsziele dienen sowohl Maßnahmen im Verhältnis zu den Vertragsärzten, die von der Gemeinsamen Einrichtung durchgeführt werden, als auch strukturierte Verfahren zur besonderen Beratung von Versicherten durch die Krankenkassen, deren Verlaufsdocumentation auch Hinweise auf mangelnde Unterstützung des Behandlungsprozesses durch den Versicherten enthält. Ausgehend von § 2 DMP-A-RL sollen insbesondere folgende Maßnahmen auf der Grundlage der Dokumentationsdaten gemäß Anlage 2 i. V. m Anlage 8 DMP-A-RL eingesetzt werden:*
- 1. Maßnahmen mit Erinnerungs- und Rückmeldungsfunktionen (z. B. Remindersysteme) für Versicherte durch die Krankenkassen und Vertragsärzte durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31,*
 - 2. strukturiertes Feedback auf der Basis der versichertenbezogen pseudonymisierten Dokumentationsdaten durch die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 für die teilnehmenden Vertragsärzte mit der Möglichkeit einer regelmäßigen Selbstkontrolle; hierfür kann die regelmäßige Durchführung von strukturierten Qualitätszirkeln ein geeignetes Verfahren sein,*
 - 3. Maßnahmen zur Förderung einer aktiven Teilnahme und Eigeninitiative der Versicherten durch die Krankenkassen,*
 - 4. Sicherstellung einer systematischen, aktuellen Information der Vertragsärzte durch die KVS und die Gemeinsame Einrichtung nach § 31 sowie der eingeschriebenen Versicherten und Einrichtungen nach § 137f Abs. 7 SGB V durch die Krankenkassen.*
- Zur Auswertung werden die in der Anlage 8 „Qualitätssicherung“ fixierten Indikatoren herangezogen, die sich aus den Dokumentationen nach Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 DMP-A-RL ergeben.*
- (2) *Die vereinbarten Qualitätsindikatoren zur ärztlichen Qualitätssicherung nach Anlage 8 Teil 1 und deren Ergebnisse sind von den Vertragspartnern in der Regel jährlich zu veröffentlichen (z.B. im Internet, in Mitgliederzeitschriften oder der Fachpresse).*

hier: § 27

Der letzte Satz im § 27 wird durch folgenden Satz ersetzt:

Datenschutzrechtliche Bestimmungen nach der DS-GVO und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) werden beachtet.

hier: § 30

Der Absatz 2 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

- (2) *Die Arbeitsgemeinschaft beauftragt unter Beachtung des Art. 28 DS-GVO i. V. m § 80 SGB X die Datenstelle gemäß § 21 mit der Durchführung der in Absatz 1 beschriebenen Aufgaben. Ihrer Verantwortung für die ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben kommt sie durch Ausübung von vertraglich gesicherten Kontroll- und Weisungsrechten nach*

hier: § 33

Der Absatz 2 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

(2) Die für die Evaluation erforderlichen Daten werden dem externen evaluierenden Institut von den Krankenkassen (bzw. einem von ihnen beauftragten Dritten) sowie der Gemeinsamen Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft in pseudonymisierter Form zur Verfügung gestellt.

Absatz 3 wird ersatzlos gestrichen

hier: § 36

Der Absatz 2 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

(2) Die Vertragsärzte verpflichten sich untereinander sowie gegenüber anderen Leistungserbringern und Patientinnen bzw. Patienten bei ihrer Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung personenbezogener Daten und die für die Datensicherheit geltenden Vorschriften nach der DS-GVO, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) 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.

UMSETZUNG NEUE INDIKATIONSÜBERGREIFENDE TEILNAHME- UND EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG

Änderungen in den Verträgen Asthma, COPD, DM 1, DM 2 und BK

hier: Anlagen

- **DMP Asthma – Anlage 7, 8 und 9**
- **DMP COPD – Anlage 7, 8 und 9**
- **DMP DM 1 – Anlage 9, 10 und 11**
- **DMP DM 2 – Anlage 9, 10 und 11**
- **DMP Brustkrebs – Anlage 7**

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, dass ab dem 01.04.2021 die indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit Stand 06.05.2020 inklusive der Patienteninformation mit Stand 06.05.2020 und der Information zum Datenschutz mit Stand 25.05.2018 in den vorgenannten Verträgen zur Anwendung kommt. Die jeweiligen Anlagen „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter“, „Information zum Datenschutz“ und „Patienteninformation“ wird in den aufgeführten DMP-Verträgen durch die angefügte neue Fassung ersetzt.

UMSETZUNG LEISTUNGSERBRINGERVERZEICHNISSE AMBULANT/STATIONÄR

Änderungen in den Verträgen Asthma, COPD, DM 1, DM 2 und BK

hier: Anlagen

- **DMP Asthma – Anlage 4**
- **DMP COPD – Anlage 4**
- **DMP DM 1 – Anlage 6**
- **DMP DM 2 – Anlage 6**
- **DMP Brustkrebs – Anlage 9**

Die Vertragspartner verständigen sich darauf, ab dem 01.04.2021 das Leistungserbringerverzeichnis in Form des Musterverzeichnisses des Bundesamtes für Soziale Sicherung (Stand: 26.06.2019) in den vorgenannten Verträgen umzusetzen. Die jeweilige Anlage wird in den aufgeführten DMP Verträgen durch die angefügte neue Fassung ersetzt

UMSETZUNG DOKUMENTATIONS DATEN

Änderungen in den Verträgen Asthma, DM 1 und BK hier: Anlagen

- **DMP Asthma – Anlage 10**
- **DMP DM 1 – Anlage 12**
- **DMP Brustkrebs – Anlage 6**

Die jeweilige Anlage wird in den aufgeführten DMP-Verträgen durch die angefügte neue Fassung ersetzt

WEITERE ÄNDERUNGEN (AUFGRUND DER RÜCKMELDUNG DES BAS VOM 01.12.2020 BZW. ARZTANFRAGEN AUFGRUND FEHLINTERPRETATION VON VERTRAGSFORMULIERUNGEN)

Änderungen in den Verträgen Asthma, COPD, DM 2, DM 1 und BK hier: § 14

Asthma:

Der § 14 Absatz 4 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt nach § 3 oder § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 10 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

COPD:

Der § 14 Absatz 4 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt nach § 3 oder § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme und Einwilligungserklärung des Versicherten, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

DM 2 und DM 1:

Der § 14 Absatz 4 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte koordinierende Vertragsarzt nach § 3 oder § 4 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für Versicherte, von ihm selbst und dem Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL an die Datenstelle nach § 21 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird.

BK:

Der § 14 Absatz 4 wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt die Versicherte ihren koordinierenden Vertragsarzt. Die Einschreibung wird nur wirksam, wenn der gewählte Vertragsarzt nach § 3 an dem Vertrag teilnimmt und die Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten, von ihm selbst und der Versicherten unterschrieben, spätestens zusammen mit der vollständigen Erstdokumentation nach der DMP-A-RL Anlage 4 an die Datenstelle nach § 23 weiterleitet. Die Krankenkasse stellt sicher, dass die Versicherte nur durch einen koordinierenden Arzt betreut wird.

Änderungen im DMP Vertrag COPD, DM 1

hier: § 20

Der § 20 Absatz 4 in den genannten Verträgen wird durch folgende neue Fassung ersetzt:

(4) *Zur Patientenschulung berechtigt sind Vertragsärzte, die gemäß der Anlage 11 „Patientenschulung“ hierzu befähigt sind und gemäß § 6 überprüft wurden. Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entsprechend § 6 durch die KVS.*

In die jeweiligen Schulungsprogramme sind die strukturierten medizinischen Versorgungsinhalte, insbesondere zur evidenzbasierten Arzneimitteltherapie gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ einzubeziehen. Der mit der Patientenschulung beauftragte Vertragsarzt ist verpflichtet, auf die gemäß der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ vorrangig zu verordnenden Wirkstoffe hinzuweisen. Bei den angebotenen Patientenschulungen werden im Rahmen dieses Vertrages nur Inhalte vermittelt, die der DMP-A-RL entsprechen.

Änderungen in den Verträgen COPD, DM 1, DM 2

hier: Anlagen „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“

- **DMP COPD – Anlage 3**
- **DMP DM 1 – Anlage 4**
- **DMP DM 2 – Anlage 4**

Die jeweiligen Anlagen „Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertragsarzt“ werden in den aufgeführten DMP Verträgen durch die angefügte neue Fassung ersetzt.

Änderungen im DMP Vertrag DM 2

hier: § 35

Der § 35 wird durch folgende Fassung ersetzt:

**§ 35
Sondervergütung**

(in Verbindung mit dem Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP)

(1) Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß der Anlage 12 „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 8 der DMP-A-RL“ sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten gemäß § 14 werden folgende Vergütungen vereinbart:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument	99310A	25,00 EUR
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument	99310B	15,00 EUR

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 entschließt. Für den Fall, dass ein Versicherter an mehreren DMP im weiteren Sinne teilnimmt, kommt der gesonderte Vertrag zur "Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V" zur Anwendung.

Die Vergütungen der vorgenannten Leistungen erfolgen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließen eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) im Zusammenhang mit der Einschreibung aus.

1. Die Abrechnungsnummer 99310A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nummer 99310A schließt eine Abrechnung der Nummer 99310B im gleichen Quartal aus.
 2. Die Abrechnungsnummer 99310B ist durch Vertragsärzte nach § 3 grundsätzlich wie folgt berechnungsfähig (gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17):
 - a) einmal im Quartal je Patient, wenn der Vertragsarzt nach § 3 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 als Dokumentationsintervall auf der letzten Dokumentation (Erst- und Folgedokumentation) jedes zweite Quartal angegeben hat
- (2) Die Datenstelle nach § 21 übermittelt der KVS wöchentlich einen Nachweis entsprechend des Anlage 1 „Aufgabenbeschreibung“ Abschnitt 6.2 des Vertrages über die Bearbeitung von Dokumentationsdaten (Datenstellenvertrag), 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 Erst- und Folgedokumentationen von Vertragsärzten durch die KVS. Nur vollständig und plausibel sowie fristgerecht elektronisch übermittelte Erst- und Folgedokumentationen können von der KVS vergütet werden.
- Die KVS stellt sicher, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten gemäß § 3 in den Abrechnungsunterlagen gesondert herausgestellt werden.
- (3) Folgende Leistungen sind nur für Vertragsärzte gemäß Anlage 2 dieses Vertrages abrechenbar. Ist der koordinierende Arzt nicht mit der diabetologischen Schwerpunktpraxis identisch, muss eine Überweisung an die Schwerpunktpraxis erfolgen, wobei der koordinierende Arzt auf der Überweisung die Teilnahme des Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu bestätigen hat.

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer	Vergütung Primarkassen	Vergütung Ersatzkassen
Strukturierte Einzelberatung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe - umfasst 5 Einzelberatungen, - ist je Patient und Einzelberatung abrechenbar	99315H	26,00 EUR*	26,00 EUR*
Ersteinstellung von Pumpenpatienten	99318A	128,00 EUR *	128,00 EUR *
Dauerbetreuung von Pumpenpatienten	99318B	13,00 EUR	21,00 EUR
Ersteinstellung für CT-Insulinierung	99318D	21,00 EUR *	21,00 EUR *
Ersteinstellung ICT Insulinierung - ist je Patient einmalig abrechenbar, - auf Überweisung	99318E	72,00 EUR *	77,00 EUR*
Diabetes mellitus Typ 2 in der Schwangerschaft	99318F	26,00 EUR **	21,00 EUR **
Komplikationsbehandlung von Ulzera	99318G	39,00 EUR	39,00 EUR
Mitbehandlung/Stoffwechsoptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3	99318H	20,00 EUR ***	20,00 EUR ***
Stoffwechsoptimierung ohne Vorliegen einer Überw. durch koordinierenden Vertragsarzt nach § 3	99318L	20,00 EUR ****	20,00 EUR ****
Konsultationspauschale vor Krankenhauseinweisung	99318I	21,00 EUR	---
Erstvorstellung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis	99318K	52,00 EUR*	---

Die Abrechnung der Pauschalen nach Abs. 2 setzt die Behandlung des eingeschriebenen Versicherten in dem entsprechenden Quartal voraus.

Diese Leistungen sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, außer bei folgenden Ausnahmen:

- * einmalig bei manifester Diagnose
- ** maximal in sechs Quartalen
- *** einmal im Behandlungsfall, maximal viermal im Krankheitsfall
- **** einmal im Behandlungsfall, maximal zweimal im Krankheitsfall

Folgende Leistungsziffern sind nicht nebeneinander abrechenbar:

99318A nicht neben 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
 99318B nicht neben 99318A, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
 99318D nicht neben 99318A, 99318B, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
 99318E nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L
 99318H nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318I, 99318K, 99318L
 99318L nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318I, 99318K, 99318H
 99318I nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318K, 99318L
 99318K nicht neben 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318L

- (4) Für die kontinuierliche Betreuung der eingeschriebenen Versicherten erhalten die koordinierenden Vertragsärzte nach § 3 dieses Vertrages eine Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 EUR pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr, wenn der Versicherte 4 Quartale lückenlos im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen durch diesen koordinierenden Vertragsarzt (ohne Arztwechsel) entsprechend des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen.

Quartale mit einer DMP-Teilnahme von mindestens einem Tag gelten dabei als vollständige Quartale, sofern es sich um den Beginn bzw. das Ende einer längeren Einschreibung handelt (keine sog. 1-Tages-Fälle). Die Betreuungspauschale nach Satz 1 wird durch die Krankenkasse pro im DMP eingeschriebenem Versicherten und Betrachtungszeitraum nur max. einmal gezahlt. Eine gemeinsame, ggf. wechselseitige Betreuung des DMP-Versicherten in einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ ggf. an mehrere Betriebsstätten der BAG oder des MVZ, stellt dabei keinen Arztwechsel dar.

Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb und ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Wurden innerhalb eines Zeitraumes von 8 Quartalen mindestens 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten nach Satz 1 zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen, werden dem koordinierenden Vertragsarzt, der die vorangegangenen beiden Betreuungspauschalen nach Satz 1 für den jeweiligen Versicherten erhalten hat zusätzliche 10,00 EUR pro dokumentiertem Versicherten nachvergütet, sofern dieser Versicherte im Betrachtungszeitraum auch mind. einmal zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen und dies auch dokumentiert wurde (entspricht Angabe im Dokumentationsbogen: Ophthalmologische Netzhautuntersuchung = veranlasst). Diese Auswertungen erfolgen erstmalig ab dem Abrechnungsquartal 2019/3 (Stichtag für die Berechnung ist der 30.06. eines Jahres). Turnusmäßig erfolgt die Datenerhebung zum Augenbonus dann 2-jährig und dem folgend auch die mögliche Auszahlung des Bonus an die anspruchsberechtigten Vertragsärzte. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des jeweiligen Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken. Der koordinierende Vertragsarzt ist auch in den Fällen, in denen aus berufsrechtlichen Gründen keine Überweisung erforderlich ist, berechtigt, diese Fälle als „augenärztliche Untersuchung veranlasst“ zu dokumentieren. Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb und ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Datenstelle erhebt aus dem verarbeiteten Datenbestand gültige und plausible sowie fristgerechte Erst- und Folgedokumentationen je Versicherten für den jeweiligen Auszahlungszeitraum zur Weiterleitung an die KVS. Die Details der Datenlieferung werden zwischen der KVS und der Datenstelle gesondert vertraglich vereinbart. Die Auslieferung der vertraglich bestimmten Daten erfolgt zum Stichtag 1. Juli des jeweiligen Jahres. Die Auszahlung durch die KVS erfolgt auf der Grundlage der von der Datenstelle übermittelten Daten unter Beachtung der Regelung in Abs. 8.

Wenn durch Verschulden der Datenstelle eine Verzögerung beim Übersenden der Daten auftritt, bleibt der Anspruch der Vertragsärzte auf die Zahlung der Pauschale durch die Krankenkassen erhalten.

- (5) Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben. Die Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 „Patientenschulung“ geregelt. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (1 UE = 90 min) vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für Schulung	Abrechnungsnummer für genehmigte Nachschulung	Vergütung
Hypertonieschulung	99315A	99316A	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315A je Versicherten	99315S	---	9,00 EUR
Jüngere Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin benötigen (Typ 2.1)	99315B	99316B	26,00 EUR
Ältere Typ 2 Diabetiker, die kein Insulin benötigen (Typ 2.2)	99315C	99316C	6,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315B und Nr. 99315C je Versicherten	99315T	---	9,00 EUR
Jüngere Typ 2 Diabetiker mit Insulin (Typ 2.1)	99315E	99316E	26,00 EUR
Ältere Typ 2 Diabetiker mit Insulin (Typ 2.2)	99315F	99316F	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315E und Nr. 99315F je Versicherten	99315U	---	9,00 EUR
MEDIAS 2 ICT (Typ 2.1 und 2.2)	99315I	99316I	26,00 EUR
Schulungsmaterial zu Nr. 99315I je Versicherten	99315V	---	9,00 EUR

Identische Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

Die Abrechnung nachfolgend aufgeführter Schulungen/Abrechnungsziffern für denselben Patienten ist gegenseitig ausgeschlossen:

99315I mit 99315E, 99315F
 99315E mit 99315I, 99315F
 99315F mit 99315I, 99315E
 99316I mit 99316E, 99316F
 99316E mit 99316I, 99316F
 99316F mit 99316I, 99316E.

Die Schulungen sind je Patient grundsätzlich nur einmalig berechnungsfähig. Die vollen Unterrichtseinheiten (UE) gelten für ungeschulte Patienten. Die Vertragsärzte bestätigen mittels vorgegebenem Feld auf dem Schulungsnachweis (Anlage 14) den Schulungsstand des Patienten.

Für bereits geschulte Patienten gilt grundsätzlich, dass ein Nachschulungsantrag über die Gemeinsame Einrichtung gestellt werden muss. Die Geschäftsstelle der Gemeinsamen Einrichtung hat zu prüfen, ob der Nachschulungsantrag Ausnahmecharakter hat.

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien durch Änderung der Umsatzsteuer ändern, muss dieser angepasst werden. Voraussetzung für die Vergütung der genannten Patientenschulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises entsprechend der Anlage 14 "Schulungsnachweis" nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Prüfung und Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.

- (6) Die augenärztliche Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) ist gemäß Anlage 7 dieses Vertrages, Punkt 1.7.2.3 für eingeschriebene DMP Diabetes mellitus Typ 2 Patienten vorgeschrieben. Diese Leistung kann somit von den Augenärzten für jeden eingeschriebenen und augenärztlich untersuchten Patienten innerhalb von 8 Quartalen einmal auf Überweisung abgerechnet werden. Für die Betreuung von Versicherten durch einen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb Medizinischer Versorgungszentren, fachübergreifender Gemeinschaftspraxen oder Praxen mit fachfremder Anstellung mit einem Augenarzt, ist keine Überweisung erforderlich. Die Höhe der Vergütung beträgt 10,00 EUR (Nummer 99319). In dieser Pauschale sind die Untersuchung beider Augen sowie der dazu gehörige ärztliche Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information des Augenarztes an den DMP-Arzt enthalten.

Die Vergütung der vorgenannten Leistung erfolgt außerhalb und ohne Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und schließt eine Abrechnung der Leistungen nach den GOP 06333, 01600 und 01601 EBM im Arzt-Patienten-Kontakt aus.

Wenn mindestens 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 24 Monaten in Anspruch genommen haben, wird je untersuchtem DMP-Patienten ein Bonus in Höhe von 2,00 EUR nachvergütet.

Die KVS ermittelt die Abrechnungshäufigkeit der Abrechnungsnummer 99319 insgesamt für den KV-Bereich Sachsen für 2 Kalenderjahre zum Stichtag 30.6. für die vorhergehenden 24 Monate.

Die Krankenkassen übermitteln der KVS die Anzahl der im KV-Bereich Sachsen in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten auf Basis der amtlichen Statistik KM6/2 zum Stichtag 01.07. des Jahres, welcher jeweils Beginn des auszuwertenden Zeitraums ist (erstmalig 01.07.2017, dann 2-jährig). Die Meldung erfolgt an die KVS nach erfolgter Veröffentlichung der Statistik durch das BMG bis zum 15.10. des jeweiligen Jahres. Diese Auswertungen erfolgen erstmalig ab dem Abrechnungsquartal 2019/3 (Stichtag für die Berechnung ist der 30.06. eines Jahres). Turnusmäßig erfolgt die Datenerhebung zum Augenbonus für den Augenarzt dann 2-jährig und dem folgend auch die mögliche Auszahlung des Bonus an die anspruchsberechtigten Ärzte.

Die KVS ermittelt auf Basis der Abrechnungshäufigkeiten der Abrechnungsnummer 99319 und der Versichertenzahlen eine Quote der Inanspruchnahme der augenärztlichen Untersuchung bei den sächsischen Augenärzten. Die KVS informiert die Gemeinsame Einrichtung DMP Sachsen GbR über die ermittelten Werte und die daraus errechnete Quote. Die Auszahlung der Boni erfolgt entsprechend der o. g. Quote.

- (7) Die KVS sorgt dafür, dass die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert herausgestellt werden. Die Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVS einen Nachweis über die abgerechneten Leistungen.

- (8) Die Betreuungspauschalen und die Augenarztspauschale für den koordinierenden Arzt werden von der KVS im Formblatt 3, als Vorgang im Konto 404, bei Änderung des Kontenrahmens und/oder der Formblatt 3-Richtlinie im jeweils zutreffenden Konto, ausgewiesen.

Die Krankenkassen erhalten vorab über den Log-In Bereich der KVS als rechnungsbegründende Unterlage die versichertenbezogene Aufstellung in elektronischer Form.

Die Krankenkassen haben innerhalb von 6 Wochen nach Zugang der Daten nach Satz 2 die Möglichkeit zur Richtigstellung der versichertenbezogenen Aufstellung gegenüber der KVS. Die Berichtigung durch die Krankenkasse erfolgt unter Angabe einer Begründung anhand der durch die KVS zur Verfügung gestellten Daten in elektronischer Form, im csv-Format. Über das genaue Datenformat verständigen sich die KVS und die LVSK gesondert.

Die Krankenkassenverbände werden von der KVS über den Fristbeginn, z. B. per E-Mail, in Kenntnis gesetzt. Die von der KVS im Log-In-Bereich bereitgestellte, ggf. von den Krankenkassen korrigierte Liste ist Gegenstand der Abrechnung der KVS und des Ausweises im Formblatt 3 Satz 1 im nächst erreichbaren Quartal.

Anträge auf sachlich-rechnerische Richtigstellung im Rahmen von gesamtvertraglichen Regelungen werden von dieser Regelung nicht berührt.

- (9) Soweit Vergütungen dieses Vertrags durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

**hier: Anlagen 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ und
2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“**

Die Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ sowie 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ werden durch die angefügten neuen Fassungen ersetzt.

Anlagen zum Nachtrag:

- | | |
|-----------|--|
| Anlage 1 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte |
| Anlage 2 | Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär Asthma |
| Anlage 3 | Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär COPD |
| Anlage 4 | Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär DM1 |
| Anlage 5 | Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär DM2 |
| Anlage 6 | Leistungserbringerverzeichnisse ambulant/stationär BK |
| Anlage 7 | Dokumentationsdaten Asthma |
| Anlage 8 | Dokumentationsdaten DM1 |
| Anlage 9 | Dokumentationsdaten BK |
| Anlage 10 | Teilnahmeerklärung Vertragsarzt COPD |
| Anlage 11 | Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DM1 |
| Anlage 12 | Teilnahmeerklärung Vertragsarzt DM2 |
| Anlage 13 | Strukturqualität koordinierender Arzt DM2 |
| Anlage 14 | Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor DM2 |

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für
Sachsen und Thüringen

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

BKK Landesverband Mitte,
Landesvertretung Sachsen

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

IKK classic

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Chemnitz

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse

05.03.2021

Ort, Datum

gez.

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