1. Nachtrag

zum Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1 (in der geänderten Fassung ab 01.07.2021)

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**
- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- 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

Im Zuge der Anpassung bzw. Erweiterung des Schulungsangebotes innerhalb der Disease Management Programme (DMP) sollen die Rahmenbedingungen für die Schulungen untereinander harmonisiert werden.

Folgendes wird mit Wirkung zum 01.01.2022 vereinbart:

1. Der § 35 wird durch die 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	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass[1] oder analoges Dokument	99340A	25,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass[1] oder analoges Dokument	99340B	15,00 €

Diese Vergütung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 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 99340A ist einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig (Erstdokumentation). Die Abrechnung der Nummer 99340A schließt eine Abrechnung der Nummer 99340B im gleichen Quartal aus.
2. Die Abrechnungsnummer 99340B 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.

[1] Für Kinder und Jugendliche darf ausschließlich der „Kinder und Jugendpass Diabetes“ der DDG verwendet werden

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 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.

(3) Folgende Leistungen sind für Vertragsärzte gemäß den Anlagen 1 und 2 dieses Vertrages abrechenbar:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Pauschale für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung je Versicherten und einmal je Quartal für Jugendliche und Erwachsene	99340C	30,00 €
Pauschale für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung je Versicherten und einmal je Quartal für Kinder	99340D	60,00 €
Frischmanifestierter Diabetes mellitus Typ 1 (ambulante Behandlung, Problemberatung und Betreuung) – einmalig je Versicherten	99340E	300,00 €
Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 je Versicherte und einmal je Quartal, maximal dreimal im Krankheitsfall	99340F	100,00 €
Behandlungspauschale für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom je Versicherten und einmal je Quartal **Wagner-Armstrong-Klassifikation:** Wagner-Grad 1 oder 2 Wagner-Grad ab 3	 99340G 99340H	 35,00 € 50,00 €
Ersteinstellung von Pumpenpatienten (einmalig je Versicherten)	99340I	128,00 €
Strukturierte Einzelberatung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe **Sie umfasst 5 Einzelgespräche á 90 Minuten und ist je Versicherten und Einzelgespräch berechnungsfähig.**	99345H	26,00 €

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

Die Leistungen nach den Nummern 99340C und 99340D sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Nummern 99340E und 99340I berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 99340G und 99340H sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben der Nummer 99340E berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 99340E ist nicht im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung aufgrund des frischmanifestierten Diabetes mellitus Typ 1 berechnungsfähig.

(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 1 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 eingeschriebenen 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.

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 1 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. 7.

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 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 (UE) vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer für Schulung	Abrechnungs-nummer für genehmigte Nachschulung	Vergütung
Hypertonieschulung je UE und Versicherten	99345A	99346A	26,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345A je Versicherten	99345S	-	9,00 €
Diabetesschulung mit intensivierter Insulintherapie je UE und Versicherten (DTTP)	99345D	99346D	25,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345D je Versicherten	99345T	-	9,00 €
Diabetes bei Jugendlichen je UE und Versicherten	99345J	99346J	26,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345J je Versicherten	99345U	-	100,00 €
Diabetes bei Kindern je UE und Versicherten	99345K	99346K	26,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345K je Versicherten	99345V	-	20,00 €
PRIMAS je UE und Versicherten	99345P	99346P	25,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345P je Versicherten	99345W	-	14,00 €
Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement HyPos) je UE und Versicherten (abrechenbar für Versicherte ab 18 Jahre, wenn mind. eine der folgenden Nummern je Versicherten innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) abgerechnet wurden: 99345D / 99345P / 99345J)	99345Q	-	26,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99345Q je Versicherten	99345Z	-	9,00 €

Die nachfolgend aufgeführten Schulungen/Abrechnungsnummern für denselben Patienten sind innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) gegenseitig ausgeschlossen.

- 99345D bzw. 99346D und 99345P bzw. 99346P

Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Vergütungen beinhalten bei der Schulung von Kindern und Jugendlichen auch die teilnehmenden Erziehungsberechtigten.

Sollte sich der Preis der Schulungsmaterialien ändern, muss dieser angepasst werden.

Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.

Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind je Versicherten nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.

Voraussetzung für die Vergütung der genannten Patientenschulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises entsprechend der Anlage 14 „Schulungsnachweis“ nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Dieser wird nach der Prüfung und Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

(6) Die augenärztliche Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) ist gemäß Anlage 7 dieses Vertrages für eingeschriebene DMP Diabetes mellitus Typ1 - 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 99349). 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.

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 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.

Die KVS ermittelt die Abrechnungshäufigkeit der Abrechnungsnummer 99349 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 1 eingeschriebenen Versicherten auf Basis der amtlichen Statistik KM7 zum Stichtag 01.07. des Jahres, welcher jeweils Beginn des auszuwertenden Zeitraums ist (erstmals 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 99349 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 stellt die Vergütungen aus diesem Vertrag gegenüber den teilnehmenden Vertragsärzten in den Abrechnungsunterlagen deutlich und gesondert heraus. Die jeweilige Krankenkasse erhält für jedes Quartal von der KVS einen Nachweis im Rahmen des Formblatts 3 über die abgerechneten Leistungen, gegliedert bis zur Ebene 6.

(8) Die Betreuungspauschalen und die Augenarztpauschale 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.

Dresden, 21.10.2021	*gez.*
Ort, Datum	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
Dresden, 10.12.2021	*gez.*
Ort, Datum	AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen
Dresden, 1.12.2021	*gez.*
Ort, Datum	BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen
Dresden, 8.11.2021	*gez.*
Ort, Datum	IKK classic
Chemnitz, 11.11.2021	*gez.*
Ort, Datum	KNAPPSCHAFT Regionaldirektion Chemnitz
Kassel, 23.11.2021	*gez.*
Ort, Datum	SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse
Dresden, 6.12.2021	*gez.*
Ort, Datum	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Die Leiterin der vdek-Landesvertretung Sachsen