

9. Nachtrag zur Vereinbarung

**zur Durchführung
des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V
Koronare Herzkrankheit
in der Fassung mit Stand vom 01.04.2018**

zwischen

der AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen
vertreten durch den Vorstand

**dem BKK Landesverband Süd
Regionaldirektion Hessen**
vertreten durch den Vorstand
für die diesem Vertrag nebst Anlagen beigetretenen Betriebskrankenkassen

der IKK classic

den Ersatzkassen in Hessen

- 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 Hessen

**der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel**

**der KNAPPSCHAFT,
Regionaldirektion Frankfurt**

nachstehend „die Krankenkassen in Hessen“ genannt

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt**
vertreten durch den Vorstand

(nachstehend „KV Hessen“ genannt)

Präambel

Die vertraglichen Anpassungen des vorliegenden 9. Nachtrags zur Vereinbarung zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit weisen die erforderlichen vertraglichen Anpassungen der Änderung der DMP-A-RL (Beschlussfassung vom 24.11.2016) und der 6. Änderung der DMP-A-RL (Beschlussfassung vom 20.04.2017) aus.

Allgemeine Änderungen

Insgesamt wurde der Vertragstext samt Anlagen redaktionell überarbeitet.

Änderungen im Rubrum

In der Bezeichnung des Vertrages wird der Annex „(mit integriertem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK) gemäß § 73a SGB V“ ersatzlos gestrichen. Bei den „Ersatzkassen“ wird der Annex „nachfolgend benannten“ entnommen. Die Bezeichnung der „Barmer GEK“ wird in „Barmer“ geändert. Die Adresse der KV Hessen wird auf „Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt“ geändert.

Änderungen im Inhaltsverzeichnis

In § 9 wird der Annex „sowie das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ ersatzlos gestrichen.

Änderungen in den Erläuterungen

Der Begriff „DMP-AF-RL“ und die dazugehörige Erläuterung werden ersatzlos gestrichen.

Der Begriff „DMP-RL“ und die dazugehörige Erläuterung werden ersatzlos gestrichen.

Der „Allgemeine Hinweis“ wird um den Satz „Zur besseren Lesbarkeit des Vertrages wurde die männliche Form gewählt; hiermit sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.“ ergänzt.

Änderungen in der Präambel

Im Abs. 1 Satz 2 werden die Wörter „auf der Grundlage des § 73a SGB V“ sowie „(mit integriertem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK)“ ersatzlos gestrichen.

In Abs. 3 wird der Satz „Neben dem Bluthochdruck ist die Koronare Herzkrankheit die Hauptursache der chronischen Herzinsuffizienz. Diesem Umstand wird mit der Integration eines Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK in diesem Vertrag Rechnung getragen.“ ersatzlos gestrichen.

Der Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Die vertraglichen Anpassungen berücksichtigen die Änderungen der zum 01.07.2014 in Kraft getretenen DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) sowie die Änderungen der DMP-A-RL einschließlich der 6. Änderung (Beschlussfassung vom 20.04.2017). Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung der DMP-A-RL und der RSAV gewährleistet.“

Der Abs. 6 „Die Regelungen für die Indikation Koronare Herzkrankheit sind in der DMP-A-RL, insbesondere in der Anlage 5, der DMP-AF-RL sowie in der RSAV festgelegt.“ wird ersatzlos gestrichen.

Der Abs. 7 „Die medizinischen Anforderungen für das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ richten sich nach Anlage 5a der RSAV in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung sowie den übrigen Regelungen der RSAV in der jeweils geltenden Fassung.“ wird ersatzlos gestrichen.

Änderungen in den Paragraphen

§ 1 Abs. 1

Im Satz 1 werden die Wörter „(mit oder ohne gleichzeitige chronische Herzinsuffizienz)“ ersatzlos gestrichen.

§ 1 Abs. 3

Im Satz 1 werden die Wörter „(mit integriertem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“)“ ersatzlos gestrichen.

Im Satz 2 werden die Wörter „bzw. Ziffer 1.3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im 2. Spiegelstrich werden die Wörter „bzw. Vermeidung/Verlangsamung einer Progression der bestehenden kardialen Funktionsstörung“ ersatzlos gestrichen.

Im 3. Spiegelstrich werden die Wörter „sowie Hospitalisationen“ und „Steigerung“ ersatzlos gestrichen.

Abs. 4 „Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sollten gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele, beispielsweise für Blutdruck, BMI, Lebensstilmodifikation (z.B. Nikotinverzicht), Stoffwechselformparameter, vereinbart werden.“ wird neu eingefügt.

§ 2 Abs. 4

Die Wörter „und chronischer Herzinsuffizienz“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 2 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Grundlage dieses Vertrages sind die §§ 2, 3, 28d und 28f der RSAV sowie die Richtlinien des G-BA zum DMP in ihrer jeweils gültigen Fassung.“

§ 3 Abs. 5

Im Punkt „1.“ wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt. Nach „DMP-A-RL“ werden die Wörter „sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im Punkt „6.“ werden nach „DMP-A-RL“ die Wörter „sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen. Weiterhin das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

Im Punkt „7.“ werden nach „DMP-A-RL“ die Wörter „sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im letzten Absatz werden die Wörter „der RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 4a Abs. 5

Im Punkt „1.“ werden nach „DMP-A-RL“ die Wörter „sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im Punkt „4.“ wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt. Nach „DMP-A-RL“ werden die Wörter „sowie Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im Punkt „7.“ werden nach „DMP-A-RL“ die Wörter „sowie Ziffer 1.6.2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im letzten Absatz werden die Wörter „der RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 4b Abs. 1

Im Satz 1 werden die Wörter „/chronische Herzinsuffizienz“ ersatzlos gestrichen.

Im Satz 3 werden die Wörter „der RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 4b Abs. 3

Im Satz 1 wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt. Vor dem Wort „Krankenhäuser“ werden die Wörter „in Ausnahmefällen“ ergänzt.

§ 5 Abs. 1

Im Satz 2 wird dem Begriff „Arztnummer“ das Wort „lebenslange“ vorangestellt.

§ 6 Abs. 4

Das Wort „Leistungserbringer“ wird durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

§ 8 Abs. 1

Im Satz 3 wird dem Begriff „Arztnummer“ das Wort „lebenslangen“ vorangestellt.

§ 8 Abs. 4

Im Punkt „2.“ wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzten“ ersetzt.

§ 9 Überschrift

Der Annex „sowie an das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 9 Abs. 1

Im Satz 1 werden die Wörter „bzw. 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

§ 9 Abs. 2

Im Satz 1 werden die Wörter „mit integriertem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK“ ersatzlos gestrichen.

Im Satz 2 wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt. Darüber hinaus werden die Wörter „mit integriertem Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ bei bestehender KHK“ ersatzlos gestrichen.

§ 9 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Die Anforderungen an die Behandlung gemäß Anlage 5 der DMP-A-RL gelten in ihrer jeweils gültigen Fassung. Die Leistungserbringer sind nach dem Inkrafttreten einer Änderung der DMP-A-RL, die Wirkung auf die Inhalte dieses Vertrages (insbesondere die Versorgungsinhalte und die Dokumentation) entfalten, unverzüglich über die eingetretenen Änderungen zu unterrichten.“

§ 10

In Satz 1 wird der Begriff „Daten“ in „Dokumentationsdaten“ geändert.

Die Nummerierung der Ziele wird korrigiert.

Im Punkt „3.“ werden die Wörter „bzw. Ziffer 1.6 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

§ 11 Abs. 1

Die Wörter „Ziffer 2 der Anlage 5“ werden durch „§ 2“ ersetzt. Die Wörter „bzw. 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 11 Abs. 2

Die Wörter „bzw. Ziffer 2 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 11 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Zur Auswertung der in Anlage 12 („Qualitätssicherung“) fixierten Indikatoren sind die Dokumentationsdaten nach Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL einzubeziehen.“

§ 13 Abs. 2

Der komplette Absatz „Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können am Modul Herzinsuffizienz teilnehmen, wenn sie die in Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011) genannten Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllen und wenn und solange sie am strukturierten Behandlungsprogramm für KHK nach den jeweils geltenden Bestimmungen der DMP-A-RL teilnehmen.“ wird ersatzlos gestrichen.

Die Nummerierung der nachfolgenden Absätze ändert sich entsprechend.

§ 13 Abs. 2 (neu) (ehemals Abs. 3)

Die Wörter „der RSAV“ und „sowie der DMP-RL“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 13 Abs. 3 (neu) (ehemals Abs. 4)

Die Wörter „bzw. 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 14 Abs. 1

Im Satz 1 werden die Wörter „bzw. 5a Ziffer 3.1 und 3.2 der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

§ 14 Abs. 2

Der Teilabsatz „Sie informieren zudem über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Die Teilnahme am Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ ist freiwillig. Eine Nichtteilnahme am Modul „Chronische Herzinsuffizienz“ hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK. Der Arzt stellt die Teilnahmevoraussetzungen fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten durch Eintragungen auf dem Dokumentationsbogen. Eine gesonderte Teilnahme/Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 16 Abs. 2

Im Satz 1 wird das Wort „schriftlich“ durch die Wörter „in Textform“ ersetzt.

§ 16 Abs. 3

Im Punkt „1.“ werden die Wörter „dem Tag“ ersatzlos gestrichen. Dem Wort „Aufhebung“ wird das Wort „dauerhaften“ vorangestellt.

Im Punkt „6.“ werden die Wörter „die zu ihrer Gültigkeit nicht der Unterschrift des Arztes bedürfen“ ersatzlos gestrichen. Nach „§ 28f Absatz 2 Satz 1 Nr.1“ wird der Buchstabe „a“ eingefügt. Nach dem Wort „Frist“ werden die Wörter „von zehn Tagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraums“ eingefügt.

§ 16 Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen

§ 16 Abs. 5 wird ersatzlos gestrichen

Die Nummerierung der nachfolgenden Absätze ändert sich entsprechend.

§ 16 Abs. 4 (neu) (ehemals Abs. 6)

Nach den Wörtern „schriftlich über“ werden die Wörter „die Einschreibung des Versicherten in das Behandlungsprogramm und“ eingefügt.

§ 17

Im Satz 2 wird nach dem Begriff „koordinierende Arzt“ die Wörter „in der Vertragsregion“ eingefügt.

§ 19 Abs. 1

Die nach dem Begriff „DMP KHK“ stehenden Wörter „sowie des Moduls „Chronische Herzinsuffizienz“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 19 Abs. 2

Im Satz 2 werden die Wörter „bzw. der RSAV“ und „bzw. Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im Satz 4 werden die Wörter „der RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 20 Abs. 1

Im Satz 1 werden die Wörter „bzw. Ziffer 3 der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

§ 20 Abs. 2

Im Satz 5 werden die Wörter „der RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 20 Abs. 3

Im Satz 1 wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

§ 20 Abs. 4

Im Satz 1 werden die Wörter „bzw. Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

Im Satz 2 werden die Wörter „zur RSAV bzw.“ ersatzlos gestrichen.

§ 20 Abs. 6

Im Satz 1 werden die Wörter „bzw. der Anlage 5a der RSAV (Fassung bis 31.12.2011)“ ersatzlos gestrichen.

§ 23 Abs. 1

Im Satz 1 werden nach dem Begriff „E-Mail“ die Wörter „oder über das Arzt-Online-Portal der Datenstelle“ eingefügt.

§ 23 Abs. 3

Im Satz 1 werden die Wörter „Ärztinnen und“ ersatzlos gestrichen.

§ 25

Satz 2 wird wie folgt neu gefasst: „Die Datenstelle archiviert die Datensätze der Dokumentationen gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V und löscht diese anschließend.“

Satz 3 „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 6 der DMP-A-RL 15 Jahre, beginnend mit dem auf das Berichtsjahr folgenden Kalenderjahr, und vernichtet sie nach Ablauf dieser Frist unverzüglich, spätestens aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten.“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 28

Der Teilabsatz „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“ wird ersetzt durch „gemäß den jeweils gültigen Richtlinien des G-BA zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V archiviert und anschließend gelöscht“.

§ 31

Die Wörter „§ 25 SVHV (Sozialversicherungs-Haushaltsverordnung) und“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 33 Abs. 1

Die Wörter „des § 28g RSAV sowie der Regelungen der DMP-A-RL“ werden ersetzt durch „der jeweils gültigen Regelungen des § 6 der DMP-A-RL“.

§ 35 Abs. 2

Die Tabelle wird wie folgt ergänzt:

Beratungspauschale bei Mehrfacheinschreibung (für die Einschreibung in das zweite bzw. dritte DMP)	Einmalig je weiteres DMP 5,- €	92163
Erstellung und Versand der Folgedokumentation im zweiten bzw. dritten DMP	jeweils 2,50 €	92164

Der nach der Tabelle folgende Satz „Für den Fall, dass ein Versicherter bei einem koordinierenden Arzt an mehreren DMP für internistische Diagnosen teilnimmt, (z.B. Diabetes mellitus Typ 2 und Asthma bronchiale) entsteht ein Vergütungsanspruch nur für die Koordination- und Dokumentationsleistung in einem DMP.“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 35 Abs. 5

Im Satz 2 wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzte“ ersetzt.

§ 35 Abs. 6 bis Abs. 16 wird wie folgt neu gefasst:

Schulungsprogrammbezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von, bis zu vier Patienten durchgeführt. Die Schulung erfolgt im wöchentlichen Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird	25,50 € je UE/Patient	92171
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen	25,50 € je UE/Patient	92171 E 92171 N 92171 W

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungs-Ziffer
Nicht abrechenbar neben: HBSP bzw. IPM	<u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16		92171 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 4. UE (letzte Schulung) Hypertonie*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 4 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92171 Q
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92172
Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Das Schulungsprogramm setzt sich aus drei bis vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten bis 120 Minuten Dauer zusammen. Die Gruppen bestehen aus vier bis sechs Patienten. In der Regel wird eine Unterrichtseinheit pro Woche durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92173
Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. IPM	Einzel Schulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92173 E 92173 N 92173 W 92173 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung der 3. UE (letzte Schulung) HBSP*)	Vergütung der QP nach Absolvierung der erforderlichen 3 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	92173 Q
Hypertonie-Schulungsmaterial für Versicherte (HBSP)	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92174

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Nicht abrechenbar neben: INRatio (SPOG2)	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von vier bis sechs Patienten durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	92175
Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) Nicht abrechenbar neben: INRatio (SPOG2)	Einzelbildungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92175 E 92175 N 92175 W 92175 V
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin) Nicht abrechenbar neben: LINDA ohne Insulin	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten. Die Schulung erfolgt in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. In einem Schulungskurs können je nach Vereinbarung bis zu vier oder zehn Patienten unterrichtet werden. Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker im höheren Lebensalter.	25,50 € je UE/Patient	92180
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (ZI ohne Insulin) Nicht abrechenbar neben: LINDA ohne Insulin	Einzelbildungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung ent-	25,50 € je UE/Patient	92180 E 92180 N 92180 W 92180 V

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	sprechend Anlage 16		
Schulungsmaterial ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92179
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin) Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin	Das Programm umfasst fünf Unterrichtseinheiten à 90 Minuten für Kleingruppen von bis zu vier Patienten. Die erste und zweite Unterrichtseinheit sollen an aufeinanderfolgenden Tagen stattfinden, die Übrigen in wöchentlichem Abstand, so dass das gesamte Curriculum in vier Wochen absolviert wird. Das Programm richtet sich in der Regel an Diabetiker im höheren Lebensalter.	25,50 € je UE/Patient	92181
Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2 Diabetiker, die Insulin spritzen (ZI mit Insulin) Nicht abrechenbar neben: LINDA mit Insulin	Einzel Schulungen Genehmigt Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	92181 E 92181 N 92181 W 92181 V
Schulungsmaterial mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	92167
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin Nicht abrechenbar neben: ZI ohne Insulin	Das Programm umfasst vier Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Gruppen mit bis zu 10 Personen durchgeführt.	25,50 € je UE/Patient	93353
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung ohne Insulin Nicht abrechenbar neben ZI ohne Insulin	Einzel Schulungen Genehmigt Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Ein-	25,50 € je UE/Patient	93353 E 93353 N 93353 W

Schulungsprogrammbezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	zel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/ Gruppenschulung entsprechend Anlage 16		93353 V
Schulungsmaterial LINDA ohne Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93354
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin Nicht abrechenbar neben: ZI mit Insulin	5 UE à 90 Minuten, in Gruppen mit bis zu 10 Personen	25,50 € je UE/Patient	93351
LINDA-Diabetes-Selbstmanagementschulung mit Insulin Nicht abrechenbar neben: ZI mit Insulin	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen nach Ablauf von 8 Quartalen <u>vor</u> der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	25,50 € je UE/Patient	93351 E 93351 N 93351 W 93351 V
Schulungsmaterial LINDA mit Insulin	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93352
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin) Nicht abrechenbar neben Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Das Programm besteht aus max. fünf Unterrichtseinheiten (Module). Eine UE dauert 180 Minuten und wird in Kleingruppen von 6 bis 12 Patienten durchgeführt. Der Besuch des Basismoduls 1 ist die Grundlage für die Teilnahme an den anderen Modulen. Der Versicherte kann an den Modulen 2 bis 5 in beliebiger Reihenfolge teilnehmen. Nicht jeder Patient muss alle Module ab-	51,00 € je UE/Patient	93381

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
	solvieren. Arzt und Versicherter entscheiden jeweils über die Notwendigkeit der Teilnahme an einem einzelnen Modul.		
Modulare Bluthochdruckschulung IPM (Institut für Präventive Medizin) Nicht abrechenbar neben: Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie bzw. Strukturiertes Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP)	Einzelschulungen Genehmigte Nachschulungen (max. 2 UE) Wiederholungsschulungen <u>nach</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16 Genehmigte Wiederholungsschulungen <u>vor</u> Ablauf von 8 Quartalen nach der letzten Einzel-/Gruppenschulung entsprechend Anlage 16	51,00 € je UE/Patient	93381 E 93381 N 93381 W 93381 V
Qualitätspauschale (QP) nach Absolvierung von 3. UE IPM*)	Vergütung der QP nach Absolvierung von 3 Unterrichtseinheiten	15,00 € *) jew. nur einmal ansetzbar	93381 Q
Schulungsmaterial IPM	Abgabe über die KV Hessen	0,00 €	93382
INRatio Gerinnungselbstmanagement: Strukturiertes Behandlungsprogramm für Patienten unter oraler Antikoagulation (SPOG2) Nicht abrechenbar neben: SPOG	Das Programm besteht aus zwei Unterrichtseinheiten à 120 min.	25,50 € je UE/Patient	93391
Schulungsmaterial INRatio	Abgabe über die KV	0,00 €	93392
Kardio-Fit	Das Programm besteht aus drei Unterrichtseinheiten à 90 Minuten und wird in Kleingruppen von 4 bis 6 Patienten durchgeführt. Die drei UE können an einem Tag stattfinden.	25,50 € je UE/Patient	93395
Schulungsmaterial Kardio-Fit	Abgabe über die KV	0,00 €	93396
Anmerkung: Die o.g. Leistungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn entsprechend § 15 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) die Schulungseinheiten durch den Schulungsarzt erbracht worden sind. Eine Unterrichtseinheit, deren Leistungsinhalt gemäß Abs. 6			

Schulungsprogramm-bezeichnung	Programmbeschreibung	Vergütung	Abrechnungsziffer
nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden			

- (7) Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.
- (8) Die Unterrichtseinheiten einer Schulung sind in der Regel innerhalb eines Abrechnungsquartals, maximal aber innerhalb von 2 Quartalen, durchzuführen.
- (9) Schulungen (Wiederholungen aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), können in einem Zeitraum von 8 Quartalen grundsätzlich nicht wiederholt werden. Die KV Hessen stellt in Anwendung des Regelwerks sicher, dass identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen nicht innerhalb dieses Zeitraums erneut abgerechnet werden.
- (10) Wiederholungsschulungen (Wiederholung aller Unterrichtseinheiten im Rahmen einer Gruppen- oder Einzelschulung), die in Einzelfällen aus medizinischer Sicht vor Ablauf von 8 Quartalen notwendig sind, bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. In der Abrechnung werden diese Leistungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsposition zusätzlich mit dem Buchstaben „V“ versehen. Nach Ablauf von 8 Quartalen durchgeführte Wiederholungsschulungen werden in der Abrechnung neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer mit dem Buchstaben „W“ versehen.
- (11) Schulungen finden in der in Abs. 6 für die jeweilige Schulung lt. Programmbeschreibung angegebenen Größe der Kleingruppe statt. In begründeten Ausnahmefällen kann von dieser Regelung bei Vorliegen der Voraussetzungen zugunsten einer Einzelschulung abgewichen werden. In der Abrechnung werden die Einzel-, Nach- und Wiederholungsschulungen neben der schulungsspezifischen Gebührenordnungsziffer mit dem Buchstaben E, N, W versehen. Die Kriterien für die Durchführung von Einzel-, Nach- und Wiederholungsschulungen wurden unter den Vertragspartnern in Anlage 16 vereinbart.
- (12) Identische bzw. nicht nebeneinander abrechenbare Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.
Je eingeschriebenem Versicherten ist nur jeweils eine der unter Abs. 6 genannten Schulungen je gesicherter Diagnose („G“) abrechnungsfähig. Bei Veränderung des Krankheitsbildes kann der Versicherte eine weitere, auf das veränderte Krankheitsbild abgestimmte Schulung erhalten.
- (13) Eine ebenfalls nur in Einzelfällen vorgesehene Nachschulung (max. 2 Unterrichtseinheiten) greift nur einzelne Schulungseinheiten erneut auf, wenn sich herausstellen sollte, dass bestimmte relevante Lerninhalte vom Versicherten noch nicht hinreichend umgesetzt werden können.
Nachschulungen bedürfen jeweils eines pro Versicherten individuell begründeten, formlosen Antrags des Arztes und der Genehmigung durch die jeweilige Krankenkasse. Bei der Abrechnung von Nachschulungen erhält die schulungsspezifische Gebührenordnungsziffer den Buchstaben „N“.
- (14) Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87a - d SGB V. Die Abrechnung der vorgenannten Abrechnungsziffern schließt eine Abrechnung nach dem EBM aus. Für die Abrechnung von DMP Leistungen eines Versicherten nach diesem Vertrag ist weiterhin die Plausibilität nach § 106d Abs. 3 Ziffer 2 SGB V einer gesicherten Diagnose entsprechend Ziffer 1.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL Voraussetzung.

Soweit Vergütungen dieses Vertrages durch Änderungen des EBM berührt werden, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über eine Anpassung der entsprechenden Vergütungsregelung.

- (15) Die KV Hessen stellt eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gemäß vorstehender Absätze über das Regelwerk sicher. Zur Prüfung des DMP-Teilnahmestatus von Arzt und Patient nutzt die KV Hessen die von der Datenstelle regelmäßig zur Verfügung gestellten Informationen und gewährleistet gegenüber den Krankenkassen(-verbänden) in Hessen somit eine vertragskonforme Abrechnung.
- (16) Die Ausweisung der Leistungen nach dieser Vereinbarung im Formblatt 3 erfolgt in der GKV Kontenart 404, Kapitel 84 (DMP-Schulungen) auf Ziffernebene (Ebene 6) und in der GKV Kontenart 994, Kapitel 84 (Dokumentationen) auf Ziffernebene (Ebene 6).

§ 36 Abs. 2

Im Satz 1 wird das Wort „Leistungserbringer“ durch das Wort „Ärzten“ ersetzt.

§ 38 Abs. 4

Die Wörter „mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende“ werden durch das Wort „fristlos“ ersetzt.

Übersicht der Anlagen

Die Anlage 16 wird von „Kriterien zur Genehmigung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen“ in „Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen“ umbenannt.

Änderungen in den Anlagen

In allen Anlagen wird für die Lesefassung der aktuelle Nachtragsstand eingefügt.

Folgende Anlagen werden aufgrund von Änderungen ausgetauscht

- Anlage 1 Strukturqualität koordinierender Arzt
- Anlage 2 Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor
- Anlage 3 für andere Leistungserbringer (Auftragsleistung)
- Anlage 4 Strukturqualität Schulungsarzt
- Anlage 7 Ergänzungserklärung Leistungserbringer
- Anlage 7a Teilnahmeerklärung Leistungserbringer
- Anlage 8 Leistungserbringerverzeichnis
- Anlage 12 Qualitätssicherung
- Anlage 14 Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz
- Anlage 15 Patientenschulung
- Anlage 16 Kriterien zur Durchführung von Einzel-, Wiederholungs- und Nachschulungen

Laufzeitbeginn

Dieser Nachtrag tritt zum 01.04.2018 in Kraft.

Bad Homburg v.d.H., den _____

AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Frankfurt am Main, den _____

BKK Landesverband Süd

Dresden, den _____

IKK classic

Frankfurt am Main, den. _____

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

Kassel, den _____

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und
Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

Frankfurt am Main, den _____

Knappschaft
Regionaldirektion Frankfurt

Frankfurt am Main, den _____

Kassenärztliche Vereinigung Hessen