Vertrag

über die Vergütung und Abrechnung von DMP-Leistungen
für die Disease-Management-Programme
Asthma bronchiale (Asthma)
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
Diabetes mellitus Typ 1
Diabetes mellitus Typ 2
Koronare Herzkrankheit inklusive Modul HI (KHK)
vom 17.02.2014

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

der AOK PLUS – Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen,
vertreten durch den Vorstand,
dieser hier vertreten durch Frau Andrea Epkes

dem BKK Landesverband Mitte,
Siebstraße 4, 30171 Hannover

der IKK classic,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
handelnd als landwirtschaftliche Krankenkasse

der Knappschaft - Regionaldirektion Frankfurt/Main -,

den Ersatzkassen

BARMER GEK,
Techniker Krankenkasse (TK),
DAK-Gesundheit,
Kaufmännische Krankenkasse - KKH,
HEK – Hanseatische Krankenkasse,
hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Lesefassung inkl.

1. Protokollnotiz v. 17.02.2014, gültig vom 01.01.2014 bis 31.12.2014, zu § 7, Anl. 4, FB3
2. Protokollnotiz v. 12.01.2015, gültig ab 01.01.2014/01.01.2015, zu §§ 2, 4, 7, 8, 9, Anl. 3, 6, 7, SRB
3. Protokollnotiz v. 29.05.2015, gültig ab 01.07.2014/01.04.2015/01.07.2015, zu §§ 6, 7, Anl. 3 (inkl. Anh. A, B), 4 (Anh. A), 6, 8
4. Protokollnotiz v. 06.01.2016, gültig ab 01.04.2016, zu Anl. 3 (inkl. Anh. A, B, C)
5. Protokollnotiz v. 06.12.2016. gültig ab 01.01.2017, zu § 6, Anh. A zu Anl. 3
6. Protokollnotiz v. 15.07.2019, gültig ab 01.01.2018/01.04.2019, zu §§ 5, 6, Anh. A, B, C zu Anl. 3
7. Protokollnotiz v. 01.09.2023, gültig ab 01.10.2023, zu Anl. 6

Begriffsbestimmungen
Präambel

§ 1 Geltungsbereich
§ 2 Allgemeine Bestimmungen
§ 3 Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
§ 4 Programmabläufe

Teil B – Abrechnung und Vergütungen: Koordinierende Vertragsärzte (1. Versorgungsebene)

§ 5 Leistungsumfang und -vergütung für koordinierende Vertragsärzte
§ 6 Leistungsumfang und -vergütung für Qualitätsziele

Teil C – Abrechnung und Vergütungen: Besonders qualifizierte Vertragsärzte (2. Versorgungsebene)

§ 7 Leistungsumfang und -vergütung für besonders qualifizierte Vertragsärzte
§ 8 Leistungsumfang und -vergütung für Augenärzte

Teil D – Abrechnung und Vergütungen: Patientenschulungen

§ 9 Leistungsumfang und -vergütung von Patientenschulungen
§ 10 Vergütung der Schulungsleistungen bei Teilnahme des Versicherten an mehreren DMPs zu internistischen Erkrankungen

Teil E – Sonstige Bestimmungen

§ 11 Schriftform
§ 12 Salvatorische Klausel
§ 13 Laufzeit und Kündigung

Anlagen

Anlage 1: „Technische Anlage - DMP-Versichertenverzeichnis“
Anhang A zu Anlage 1: „Datenübermittlung Krankenkassen an KVT“
Anlage 2: “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale sowie DMP-Koordinierungspauschale“
Anlage 3: “Vergütungsverfahren für die DMP-Qualitätsziele“ (siehe 2., 3. und 4. PN)
Anhang A zu Anlage 3: „Anspruchsprüfung auf Auszahlung Qualitätsbonus“ (siehe 3., 4., 5., und 6. PN)
Anhang B zu Anlage 3: „Liste der Vergütung Qualitätsbonus je DMP“ (siehe 3., 4. und 6. PN)
Anhang C zu Anlage 3: „Technische Anlage – Liste der Vergütung Qualitätsboni“ (siehe 4. und 6. PN)
Anlage 4: “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Mitbehandlungspauschale“
Anhang A zu Anlage 4: „Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Mitbehandlungs-pauschale“ (siehe 3. PN)
Anlage 5: “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Augenuntersuchungspauschale“
Anlage 6: “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die Patientenschulungen“ (siehe 2. und 3. PN)
Anlage 7: „Nachträgliche Abrechnung von DMP-Leistungen aus dem Jahr 2013“ (siehe 2. PN)
Anlage 8: „Leistungsvergütung für koordinierende Vertragsärzte“ (siehe 3. PN)

Begriffsbestimmungen

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
Erstdokumentation bzw. Folgedokumentation	Dokumentationsdaten entsprechend der jeweiligen Anlagen der RSAV bzw. der diese ersetzenden oder ergänzenden Richtlinien des G-BA in ihrer jeweils gültigen Fassung; diese beschreiben die im Rahmen von DMP erforderlichen Dokumentationsdaten.
Datenstelle	Beauftragter für die Bearbeitung der Dokumentationsdaten (Swiss Post Solutions GmbH Prien)
DMP	Disease-Management-Programm im Sinne eines strukturierten Behandlungsprogramms bei chronischen Krankheiten nach §§ 137f ff. SGB V
DMP-Vertrag	„Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale bzw. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 15.12.2006“, „Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 in Thüringen gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 23.05.2006“, „Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 24.03.2003“ sowie „Vertrag über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit gemäß § 137f SGB V auf der Grundlage des § 83 SGB V vom 10.05.2004“ in der jeweils gültigen Fassung
Krankenkasse	alle teilnehmenden gesetzlichen Krankenkassen und alle teilnehmenden Verbände der Krankenkassen
KVT	Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Richtlinie	Richtlinie/n des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Regelung von Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung
Referenzwert	Der Referenzwert ist ein Zahlenwert, der als Auszahlungsvoraussetzung der Qualitätsziele zugrunde gelegt wird.
RSAV	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung in der aktuellen Fassung
SGB V	Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch
TE/EWE	Teilnahme- und Einwilligungserklärung eines Versicherten gegenüber der jeweiligen Krankenkasse, mit der er seine Teilnahme am DMP und seine Einwilligung mit der damit verbundenen Verwertung seiner Patientendaten erklärt
Vertragsärzte – koordinierende	die im Rahmen von DMP für den Patienten verantwortlichen und dessen Gesundheitsstand dokumentierenden Vertragsärzte der ersten Versorgungsebene gemäß §§ 3 bzw. 4 der DMP-Verträge
Vertragsärzte – besonders qualifizierte	die im Rahmen von DMP für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten im Rahmen der zweiten Versorgungsebene die Facharzt-qualifizierte Behandlung, (pneumologisch qualifizierte Fachärzte, durch KVT anerkannte diabetologische Schwerpunktpraxen, kardiologisch qualifizierter Versorgungssektor) gemäß §§ 3a bzw. 4a bzw. 5 der DMP-Verträge, übernehmen

Präambel

In Umsetzung der §§ 33 bzw. 34 bzw. 35 der jeweiligen DMP-Verträge regelt dieser „Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von DMP-Leistungen für die Disease-Management-Programme“ (Vergütungsvertrag), im Rahmen der DMPs, die Vergütung und Abrechnung der Leistungen für eingeschriebene Versicherte an koordinierende Vertragsärzte der ersten Versorgungsebene und besonders qualifizierte Vertragsärzte der zweiten Versorgungsebene sowie für Schulungsärzte.

Die Vertragspartner vereinbaren im Rahmen der DMP-Versorgung der Patienten in Thüringen die Einführung der Vergütung von ergebnisorientierten Qualitätszielen.

Aus diesem Grund werden die bestehenden Vergütungsstrukturen und -inhalte angepasst.

Dieser Vergütungsvertrag ersetzt die bisher geschlossenen Verträge:

- Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrages über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit Asthma bronchiale oder COPD gemäß § 137f SGB V vom 15.12.2006 in der Fassung vom 24.03.2010,
- Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 33 des Vertrages über eine strukturierte Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1 vom 23.05.2006 in der Fassung vom 24.03.2010,
- Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 35 des Vertrages über eine strukturierte Versorgung von Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2 vom 24.03.2003 in der Fassung vom 24.03.2010 und
- Vertrag über die Vergütung und Abrechnung von Leistungen gemäß § 34 des Vertrages über eine strukturierte Versorgung von Patienten mit einer Koronaren Herzkrankheit gemäß § 137f SGB V vom 10.05.2004 in der Fassung vom 24.03.2010.

Teil A - Allgemeine Regelungen

§ 1
Geltungsbereich

Vertragsärzte, welche die Voraussetzungen des jeweiligen DMP-Vertrages erfüllen und die notwendigen Berechtigungen von der KVT erhalten haben, können nach Maßgabe dieses Vertrages die jeweils zutreffenden Vergütungen der §§ 5 bis 9 dieses Vergütungsvertrages gegenüber der KVT abrechnen.

§ 2
Allgemeine Bestimmungen

(1) Die Verschlüsselung der Diagnosen hat entsprechend § 295 Absatz 1 SGB V nach der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Fassung zu erfolgen. Dabei sind in der Abrechnung die Diagnosen zu erfassen, derentwegen der Patient im entsprechenden Quartal behandelt wurde und für die die Leistungen abgerechnet werden.

(2) Hinsichtlich der Leistungen und/oder der Vergütungsstruktur der §§ 5 bis 9 und/oder der Qualitätsziele nach § 6 kann bei Bedarf von jedem Vertragspartner ein Vertragsänderungsverfahren initiiert werden.

(3) Die Einzelheiten der Datenübermittlung zwischen den Krankenkassen und der KVT zur Anspruchsprüfung der Vergütungen nach den §§ 5 bis 9 durch die KVT regeln die Anlagen 1 bis 6.

§ 3
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

(1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen nach Maßgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und sind mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungsvereinbarung mit der KVT abgegolten, soweit im Folgenden keine davon abweichende Regelung getroffen wird.

(2) Die Vertragspartner beobachten die Entwicklung der Leistungsmengen und Kosten in der vertragsärztlichen Versorgung der eingeschriebenen Patienten.

(3) In diesem Vertrag vereinbarte Abrechnungsnummern werden von der KVT im Einzelfallnachweis fallbezogen und im Formblatt 3 in der Kontenart 404, Kapitel 84, bis zur Ebene 6 (Gebührennummernebene) erfasst und separat ausgewiesen. Die abgestimmten Vergütungen der Qualitätsboni werden je DMP über Vorgänge im Formblatt 3, Kontenart 404 abgebildet. Die Krankenkassen erhalten zusätzlich als zahlungsbegründende Unterlagen die sogenannte „Liste der Vergütung Qualitätsbonus" je DMP von der KVT.

(4) Bei sachlich-rechnerischen-Richtigstellungen der Krankenkassen ist gegenüber der KVT jeweils der konkrete Prüfsachverhalt patientenbezogen zu benennen. Beruhen die sachlich-rechnerischen-Richtigstellungen auf rückwirkenden Ausschreibungen von Versicherten, ist das Datum der Information an den koordinierenden Vertragsarzt über die Ausschreibung durch die betreffende Krankenkasse anzugeben.

§ 4
Programmabläufe

(1) Der koordinierende Vertragsarzt vermeidet Doppeluntersuchungen bei der Behandlung von Versicherten, welche an mehreren DMPs teilnehmen, und berücksichtigt Wechselwirkungen. Er synchronisiert die jeweiligen Dokumentationsprozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen Dokumentationszeiträume.

(2) Der Versicherte ist je DMP durch einen koordinierenden Vertragsarzt zu betreuen. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich für einen koordinierenden Vertragsarzt entscheiden. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes. Versicherte mit der Indikation Diabetes mellitus Typ 1 sind von dieser Regelung ausgeschlossen.

Teil B – Abrechnung und Vergütungen: Koordinierende Vertragsärzte (1. Versorgungsebene)

§ 5
Leistungsumfang und -vergütung für koordinierende Vertragsärzte

(1) Der koordinierende Vertragsarzt der ersten Versorgungsebene kann gegenüber der KVT folgende Vergütungen abrechnen:

Leistungsbeschreibung	im DMP	Abr.-Nr.	Vergütung in Euro
DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der TE/EWE und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle sowie Erstellung der Erstdokumentation und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle entsprechend des jeweiligen DMP-Vertrages. **einmalig bei Einschreibung des Versicherten**	Asthma	99410A	25,00
	COPD	99410C	25,00
	Diabetes 1	99530	25,00
	Diabetes 2	99550	25,00
	KHK	99590	25,00
DMP-Koordinierungspauschale Kontinuierliche Beratung und Betreuung des Versicherten entsprechend der jeweiligen „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) einschließlich Beratung und Initiierung einer erforderlichen Überweisung an einen besonders qualifizierten Facharzt aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe DMP-Vertragsanlage „Versorgungsinhalte“) sowie Erstellung der Folgedokumentation entsprechend der „Empfehlung zur Dokumentationsfrequenz“ (siehe entsprechende DMP-Vertragsanlage) bzw. Ausprägung des Erkrankungsbildes und vertragsgemäße Übermittlung an die Datenstelle. **einmal im Quartal je eingeschriebenen Versicherten**	Asthma	99411A	20,00
	COPD	99411C	20,00
	Diabetes 1	99531	20,00
	Diabetes 2	99551	20,00
	KHK	99591	20,00

(2) Überweisungen für Leistungen nach den §§ 7, 8 und 9 sind nur dann vom koordinierenden Vertragsarzt der ersten Versorgungsebene vorzunehmen, wenn der Versicherte gültig im betreffenden DMP eingeschrieben ist. Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des Versicherten am jeweiligen DMP auf der Überweisung für Leistungen nach den §§ 7, 8 und 9 mit dem Vermerk „DMP xxx“ (xxx entspricht DM1, DM2, KHK, Asthma oder COPD) zu kennzeichnen.

(3) In ein und demselben Quartal kann entweder nur die „DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale“ oder die „DMP-Koordinierungspauschale“ je DMP und je eingeschriebenen Versicherten abgerechnet werden.

(4) Entsprechend der vertraglichen Regelungen mit der Datenstelle erstellt diese für jedes Quartal je koordinierenden Vertragsarzt (LANR/BSNR) einen Nachweis der vollständig erbrachten,

plausiblen und fristgerecht eingegangenen Dokumentationen unter Angabe der Versichertennummer und übermittelt das Ergebnis der KVT.

(5) Die KVT prüft die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen nach Absatz 1 vor Auszahlung der Vergütungen an die koordinierenden Vertragsärzte. Die Einzelheiten der Vergütungs- und Abrechnungsvoraussetzungen nach Absatz 1 sind in der Anlage 1 „Technische Anlage - DMP-Versichertenverzeichnis“ und Anlage 2 “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale sowie Koordinierungspauschale“ geregelt.

§ 6
Leistungsumfang und -vergütung für Qualitätsziele

(1) Erreicht der koordinierende Vertragsarzt der ersten Versorgungsebene im Durchschnitt mit seinen eingeschriebenen Versicherten den Thüringer Referenzwert des jeweiligen Qualitätszieles für das Kalenderjahr gemäß Anlage 3, soll er neben den Vergütungen nach § 5 eine weitere Vergütung („Qualitätsbonus“) für die jeweiligen Qualitätsziele erhalten.

„Qualitätsbonus“	**Leistungsbeschreibung**
Asthma	Messung des FEV_1-Wertes – mindestens einmal jährlich
COPD	Überprüfung der Inhalationstechnik – mindestens einmal jährlich
Diabetes mellitus Typ 1	Der Versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden.
Diabetes mellitus Typ 2	Der Versichertenindividuelle HbA1c-Wert ist erreicht; dieser Wert soll gehalten werden.
KHK	Bestimmung Lipidwert (LDL-Wert) – mindestens einmal jährlich“

(2) Die koordinierenden Vertragsärzte, die mit ihren eingeschriebenen Versicherten innerhalb eines Kalenderjahres den Durchschnittswert des jeweiligen Qualitätszieles nach Absatz 1 erreichen, welcher dem jeweiligen „Thüringer Referenzwert“ entspricht bzw. positiver als dieser ist, haben für dieses Kalenderjahr einmal Anspruch auf Vergütung dieses Qualitätszieles.

(3) Die Vergütung bemisst sich an der Anzahl der vom koordinierenden Vertragsarzt eingeschriebenen Versicherten, die im Einzelnen das vergütungsfähige Qualitätsziel nach Absatz 1 im Kalenderjahr erfüllt haben.

(4) Die Krankenkassen stellen für die Vergütung der Qualitätsziele je Kalenderjahr 17,00 Euro je eingeschriebenen Versicherten der jeweiligen DMPs Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und KHK zur Verfügung. Dabei wird die amtliche Statistik „Eingeschriebene DMP-Versicherte KM6/Teil II“ (KM6/II) zugrunde gelegt. Hierzu wird jeweils die durchschnittliche jährliche Teilnehmeranzahl der DMPs Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und KHK der Thüringer Krankenkassen pro Kalenderjahr ermittelt (Anzahl Teilnehmer der einzelnen Monate aus der KM6/II: „Eingeschriebene GKV-Versicherte in strukturierten Behandlungsprogrammen“ inklusive Mehrfacheinschreibungen, geteilt durch die Anzahl der Monate -12-). Bis zum 28.02. eines jeden Jahres übermittelt die AOK PLUS an die KVT alle monatlichen KM6/II-Statistiken des vergangenen Kalenderjahres je DMP.

(5) Die Höhe der Vergütung für den koordinierenden Vertragsarzt nach Absatz 2 bemisst sich nach dem Gesamtvolumen entsprechend Absatz 4 Satz 1, dividiert durch die Anzahl aller vergütungsfähigen Versicherten. Dies entspricht der Vergütungshöhe je Versicherten nach Absatz 3.

(6) Zum Zwecke der Anspruchsprüfung nach den Absätzen 2 und 3 ermittelt die Datenstelle den „Thüringer Referenzwert“ für jedes Qualitätsziel nach Absatz 1. Ebenfalls erstellt die Datenstelle eine Übersicht mit allen koordinierenden Vertragsärzten, welche im betreffenden Kalenderjahr Folgedokumentationen an die Datenstelle gesendet haben. Für diese koordinierenden Vertragsärzte ermittelt die Datenstelle deren Durchschnittswerte je

Qualitätsziel nach Absatz 1. Die KVT erhält von der Datenstelle bis zum 28.02. eines jeden Jahres für das vorangegangene Kalenderjahr eine Aufstellung je Qualitätsziel - nach Absatz 1 - der koordinierenden Vertragsärzte nach Absatz 6 Satz 2 mit vertragsarztbezogenem Durchschnittswert. Die Übersicht nach Absatz 6 Satz 2 enthält auch die zu dem Vertragsarzt zugehörigen Versicherten mit den individuell erreichten Zielwerten. Einzelheiten sind in der Anlage 3 “Vergütungsverfahren für die DMP-Qualitätsziele“ und dessen Anhang A bzw. in gesonderten vertraglichen Vereinbarungen mit der Datenstelle geregelt.

(7) Mit der Teilnahme an den DMPs und der Abrechnung nach diesem Vertrag erklären sich die koordinierenden Vertragsärzte damit einverstanden, dass zum Zwecke der Prüfung und Ermittlung des Vergütungsanspruches der Qualitätsziele nach den Absätzen 2 und 3 ihre Durchschnittswerte je Qualitätsziel nach Absatz 1 mit den Versichertenwerten von der Datenstelle an die KVT und die zuständigen Krankenkassen übermittelt werden.

(8) Die Abrechnung und Vergütung der Qualitätsziele nach Absatz 1, unter Beachtung der Voraussetzungen entsprechend der Absätze 2 bis 5, erfolgt durch die KVT mit der jeweiligen Quartalsabrechnung für das I. Quartal des Folgejahres. Die Krankenkassen erhalten von der KVT als zahlungsbegründende Unterlage eine Liste je Qualitätsziel über die vergütungsrelevanten Qualitätsboni gemäß Anhang B der Anlage 3.

(9) Zum Ausgleich der Ansprüche der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigstellung der bis zum 31.12.2013 gültigen Qualitätsziele der Jahre 2010 bis 2013 wird der nach Absatz 4 von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Betrag für die Kalenderjahre 2014 und 2015 auf jeweils 13,50 Euro je eingeschriebenen Versicherten der DMPs Asthma/COPD, Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und KHK gesenkt.

(10) Einzelheiten der Vergütungsvoraussetzungen und -zahlung nach den Absätzen 1 bis 7 sind in der Anlage 3 “Vergütungsverfahren für die DMP-Qualitätsziele“ sowie in den Anhängen A bis C der Anlage 3 geregelt.

(11) Für das DMP Asthma bronchiale soll nach Erreichen einer adäquaten Quote der durchgeführten Messungen des Peak-Flow-Wertes (im Kalenderjahr) eine Anpassung/Änderung dieses Qualitätszieles erfolgen.

(12) Sollten sich Änderungen in den Richtlinien des G-BA ergeben, welche sich auf die Qualitätsziele nach Absatz 1 auswirken, werden diese entsprechend angepasst.

Teil C – Abrechnung und Vergütungen: Besonders qualifizierte Vertragsärzte (2. Versorgungsebene)

§ 7
Leistungsumfang und -vergütung für besonders qualifizierte Vertragsärzte

(1) Der qualifizierte Vertragsarzt der zweiten Versorgungsebene kann folgende Vergütungen gegenüber der KVT abrechnen:

Leistungsbeschreibung	im DMP	Abr.-Nr.	Vergütung in Euro
DMP-Mitbehandlungspauschale	Asthma	99419A	15,00
Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten der speziellen Risikogruppen - aufgrund der Überweisungsregeln entsprechend der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (siehe DMP-Verträge, Anlage „Versorgungsinhalte“) unter Beachtung der Regelungen im §§ 3a bzw. 4a	COPD	99419C	15,00
	Diabetes 1	99532	45,00
	Diabetes 2	99552	35,00
	KHK	99594	15,00

bzw. 5 der DMP-Verträge, deren Mitbehandlung sowie Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. **einmal je Behandlungsfall**			
Eine Vergütung der „DMP-Mitbehandlungspauschale“ kann nur erfolgen, sofern für den Versicherten eine Überweisung des Arztes der 1. Versorgungsebene **und** mindestens eine der festgelegten **„Überweisungsregeln“** – Anhang A zur Anlage 4 - für den Versicherten vorliegt.			

(2) Ist der besonders qualifizierte Facharzt der zweiten Versorgungsebene gleichzeitig für den Patienten im jeweiligen DMP der koordinierende Vertragsarzt und hat auch die „DMP-Beratungs- und Einschreibepauschale“ und/oder „DMP-Koordinierungspauschale“ nach § 5 Absatz 1 im gleichen Quartal oder in den Vorquartalen abgerechnet und vergütet erhalten, kann dieser Facharzt die „DMP-Mitbehandlungspauschale“ für diesen Versicherten nicht abrechnen.

(3) Bei der Abrechnung der „DMP-Mitbehandlungspauschale“ nach Absatz 1 für eingeschriebene Versicherte im DMP Diabetes mellitus Typ 1 gilt Absatz 2 nicht.

(4) Einzelheiten der Vergütungs- und Abrechnungsvoraussetzungen nach Absatz 1 sind in der Anlage 1 „Technische Anlage - DMP-Versichertenverzeichnis “ und Anlage 4 “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Mitbehandlungspauschale“ geregelt.

(5) Vor Vergütung der besonders qualifizierten Vertragsärzte der zweiten Versorgungsebene entsprechend ihrer Abrechnungen nach Absatz 1 prüft die KVT deren sachliche und rechnerische Richtigkeit nach Absatz 4.

(6) Einmal jährlich wird in der Gemeinsamen Einrichtung analysiert,

- inwieweit die Überweisungsregeln der entsprechenden DMP-Verträge, Anlage „Versorgungsinhalte“ eingehalten bzw. umgesetzt wurden und
- die Mengenentwicklung der abgerechneten Facharztpauschalen.

Bei Auffälligkeiten legt die Gemeinsame Einrichtung entsprechende Maßnahmen fest.

§ 8
Leistungsumfang und -vergütung für Augenärzte

(1) Der Facharzt für Augenheilkunde kann folgende Vergütungen gegenüber der KVT abrechnen. Die Regelungen der §§ 21 Abs. 1 Satz 1 und 24 Abs. 1 Satz 1 BMV-Ä gelten entsprechend.

Leistungsbeschreibung	**im DMP**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung in Euro**
DMP-Augenuntersuchungspauschale			
Zeitnahe Terminvergabe für die vom koordinierenden Vertragsarzt überwiesenen Patienten zur augenärztlichen Untersuchung (binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis) und ophthalmologische Kontrolle für eingeschriebene Versicherte sowie Befundbericht an den überweisenden koordinierenden Vertragsarzt. **einmal kalenderjährlich**	Diabetes 1	99539	7,00
	Diabetes 2	99560	7,00

(2) Die „DMP-Augenuntersuchungspauschale“ wird für den eingeschriebenen Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. DMP Diabetes mellitus Typ 2 nach erfolgter augenärztlicher Untersuchung maximal einmal im Kalenderjahr vergütet.

(3) Einzelheiten der Vergütungs- und Abrechnungsvoraussetzungen nach Absatz 1 sind in der Anlage 1 „Technische Anlage - DMP-Versichertenverzeichnis“ und Anlage 5 “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die DMP-Augenuntersuchungspauschale“ geregelt.

(4) Vor Vergütung der Fachärzte für Augenheilkunde entsprechend ihrer Abrechnungen nach Absatz 1 prüft die KVT deren sachliche und rechnerische Richtigkeit nach Absatz 3.

(5) Bei Änderung der „Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2“, Punkt „Überweisung von der/dem koordinierenden Ärztin/Arzt zur/zum jeweils qualifizierten Fachärztin/Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung“ (DMP-Verträge, Anlage „Versorgungsinhalte“) wird die „DMP-Augenuntersuchungspauschale“ nach Absatz 1 entsprechend angepasst.

Teil D – Abrechnung und Vergütungen: Patientenschulungen

§ 9
Leistungsumfang und -vergütung von Patientenschulungen

(1) Die Patientenschulungen im Rahmen der DMP-Verträge können ausschließlich für eingeschriebene Versicherte in das jeweilige DMP von Vertragsärzten, welche die Strukturvoraussetzungen entsprechend der DMP-Vertragsanlage „Schulungsarzt“ bzw. „Patientenschulung“ erfüllen und die Abrechnungsgenehmigung durch die KVT erhalten haben, abgerechnet und vergütet werden.

(2) Die Vergütung von Patientenschulungen ist nur für die in der Anlage 6 „Prüf- und Abrechnungsverfahren für die Patientenschulungen“ genannten Schulungsmaßnahmen zu der jeweils dort aufgeführten Vergütungshöhe möglich.

(3) Die Abrechnung der Schulungsleistungen erfolgt nach Durchführung der Unterrichtseinheit bzw. nach Beendigung der jeweiligen gesamten Schulungsmaßnahme.

(4) Die Schulungen sind je Patient grundsätzlich nur einmalig berechnungsfähig.

(5) Einzelheiten der Vergütungs- und Abrechnungsvoraussetzungen nach den Absätzen 1 und 2 sind in der Anlage 1 „Technische Anlage - DMP-Versichertenverzeichnis“ und Anlage 6 “Prüf- und Abrechnungsverfahren für die Patientenschulungen“ geregelt.

§ 10
Vergütung der Schulungsleistungen bei Teilnahme des Versicherten an mehreren DMPs zu internistischen Erkrankungen

Identische Schulungen, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur im Rahmen eines DMPs abrechnungsfähig. Eine Abrechnung desselben Schulungsprogramms innerhalb verschiedener DMP-Teilnahmen ist ausgeschlossen.

Teil E – Sonstige Bestimmungen

§ 11
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.

§ 12
Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vergütungsvertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksamen Bestimmungen waren für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragspartner die unwirksame Bestimmung durch die Regelung ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt. Erweist sich dieser Vergütungsvertrag als lückenhaft, sind die Vertragspartner verpflichtet, diesen um entsprechende Regelungen - unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben - zu ergänzen.

§ 13
Laufzeit und Kündigung

(1) Dieser Vergütungsvertrag tritt mit Wirkung vom 01.01.2014 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten gekündigt werden, erstmals zum 31.12.2015.

(2) Unabhängig von einer Kündigung nach Absatz 1 endet die Laufzeit dieses Vergütungsvertrages mit der Beendigung eines der DMP-Verträge Asthma/COPD und/oder Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Diabetes mellitus Typ 2 und/oder KHK.

(3) Die Kündigung einzelner Krankenkassen bzw. Verbände der Krankenkassen berührt nicht die Fortgeltung des Vergütungsvertrages zwischen den übrigen Vertragspartnern.

Weimar, Dresden, Erfurt, Frankfurt/M., Kassel, den 17. Februar 2014

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen .....

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

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen .....

IKK classic .....

Knappschaft
- Regionaldirektion Frankfurt/M. - .....

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
handelnd als landwirtschaftliche Krankenkasse .....

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
- Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen - .....