

Anlage K

zum

Gesamtvertrag gem. § 83 SGB V

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und der

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

über die

Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit

Disease Management Programmen

Inhaltsverzeichnis

I. Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V	3
II. Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V	7
III. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms KHK nach § 137f SGB V	9
IV. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs nach § 137f SGB V	12
V. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Asthma/COPD nach § 137f SGB V	20
VI. Schriftform	23
VII. Salvatorische Klausel	23

Erläuterungen:

„DMP- Vertrag“

ist der Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD.

„DMP-Brustkrebs- Vertrag“

ist der Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V Brustkrebs.

„Krankheitsfall“

ist definiert wie in § 21 „Bundesmantelvertrag – Ärzte“.

„Behandlungsfall“

ist definiert wie in § 21 „Bundesmantelvertrag – Ärzte“.

Die rechtlichen Grundlagen bezeichnen immer die aktuell gültige Fassung, sofern sie nicht um ein konkretes Datum ergänzt sind.

I. Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V

1. Vergütung von augenärztlichen Leistungen

Zur Vermeidung diabetesbedingter Augenkomplikationen sollen die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmenden Versicherten gemäß Anlage 7 der DMP-A-RL ein- bis zweijährlich vom Augenarzt untersucht werden.

1.1. Behandlungspauschale für Augenärzte:

Der besondere Betreuungsaufwand, der bei der augenärztlichen Behandlung der Diabetes-Patienten anfällt, wird pro anspruchsberechtigtem Versicherten wie folgt vergütet:

Leistung		Abrechnungsziffer
Behandlungspauschale für Augenärzte für Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 1	6,00 Euro, einmal im Kalenderjahr	GOP 92289

Alle Fachärzte für Augenheilkunde bzw. alle Ärzte, die zur Abrechnung der Ziffer 06333 des EBM (Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes) berechtigt sind, können die hier aufgeführte Behandlungspauschale auf Überweisungsschein vom koordinierenden Arzt abrechnen. Die Behandlungspauschale kann einmal im Kalenderjahr für jeden Patienten abgerechnet werden, der am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnimmt.

Die oben aufgeführte Leistung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sie wird in Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84, Abschnitt DMP Diabetes mellitus Typ 1 erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

2. Vergütung einer Vorsorgeuntersuchung zur Aufdeckung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine Störung der arteriellen Durchblutung der Extremitäten. In der Regel sind bei pAVK-Patienten nicht nur die Beinarterien verengt, sondern gleichzeitig auch die herz- und hirnversorgenden Schlagadern. Deshalb haben diese Patienten ein erhöhtes Risiko für einen tödlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall. Mehr als 75 % aller pAVK-Patienten sterben daran. Zur Vermeidung bzw. Reduzierung dieser Risiken soll eine Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Aufdeckung der pAVK durchgeführt werden.

2.1. Behandlungspauschale für koordinierende und diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte zur Aufdeckung einer pAVK

Koordinierende und besonders qualifizierte Ärzte - ggf. ihre fachlich qualifizierten angestellten Ärzte können für folgende Versicherte eine Behandlungspauschale für die Aufdeckung einer pAVK durch die Bildung des Knöchel-Arm-Indexes (ABI) abrechnen.

Hierbei wird der Blutdruck im Arm mit dem Blutdruck im Bereich des Fußknöchels verglichen. Die dadurch ermittelten zwei Messwerte ergeben den sogenannten Knöchel-Arm-Index. Mit Hilfe dieses Indexwertes kann eine pAVK erkannt werden und eine Beurteilung des Schweregrades ist möglich. Weiterhin können auch Rückschlüsse auf das individuelle Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall getroffen werden.

Anspruchsberechtigte Versicherte:

Inanspruchnahme ab dem 46. Lebensjahr und
Teilnahme am DMP DM Typ 1 und
bislang <u>unbekannte</u> pAVK

Für Patienten, welche gleichzeitig am Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen, besteht kein Leistungsanspruch im Rahmen dieser Vereinbarung.

Leistungsbeschreibung:

Leistung		Abrechnungsziffer
<ul style="list-style-type: none">➤ Bestimmung des Knöchel-Arm-Indexes (Ankle Brachial Index) zur Diagnostik der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) mithilfe eines adäquaten Messverfahrens z. B. einer Doppler-Sonographie (ABI-Messung) und➤ bei positivem Raucherstatus: Intensivierte Beratung zum Thema Rauchverzicht.	13,00 Euro, pro Vers./ bei negativem Untersuchungsbefund einmal in zwei Jahren; bei positivem Untersuchungsbefund einmalig	Bei negativem Untersuchungsbefund: GOP 92276G Bei positivem Untersuchungsbefund: GOP 92276H

Ist der Versicherte sowohl im Rahmen des DMP DM Typ 1 als auch im Rahmen des KHK anspruchsberechtigt, kann die GOP nur für ein DMP abgerechnet werden.

Kodierung:

Bei Abrechnung der Gebührenordnungsposition 92276H sind die mit der Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel in der ärztlichen Abrechnung exakt zu erfassen (fünfstellige Kodierung, gesicherte Diagnose). Hier kommen bspw. in Betracht:

- I70.20 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
- I70.21 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz (Gehstrecke \geq 200m)
- I70.22 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz (Gehstrecke $<$ 200m)
- I70.23 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
- I70.24 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
- I70.25 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
- I70.26 Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien

Zusätzlich ist darauf zu achten, dass auch mögliche Ursachen der pAVK – sofern bekannt – mit spezifischen und gesicherten ICD-Kodes verschlüsselt werden, zum Beispiel Diabetes mellitus (E10-E14) oder Arterielle Hypertonie (I10).

Die neue Leistung ist zunächst befristet bis zum 30.09.2018.

Krankenkassen und –verbände erklären, dass bis zum 30.09.2018 gegebenenfalls andere neue Leistungen im DMP (Leistungen im Rahmen der DMP, die bereits zum Zeitpunkt des 01.10.2016 bestehen; keine Finanzierung von Leistungen im Rahmen etwaiger zukünftiger DMP) mit Gültigkeit ab 01.10.2018 für Versicherte mit einem behandlungsintensiven Schweregrad der Erkrankung definiert werden, die die Qualität im DMP erhöhen und ggf. die oben vereinbarte ABI-Messung ersetzen oder ergänzen. Die Abrechnung dieser neuen Leistungen wird an eine zu definierende, gesicherte (Kennzeichen G) und abgerechnete ICD-Kodierung geknüpft. Alternativ kann auch die oben aufgeführte Leistung fortgeführt werden.

Das Gesamtvergütungsvolumen für die oben vereinbarte ABI-Messung umfasst GKV-übergreifend 700.000 Euro bezogen auf ein Kalenderjahr. Das gleiche gilt für eine gegebenenfalls die ABI-Messung ab dem 01.10.2018 ersetzende neue Leistung. Besteht durch die regelmäßige Überprüfung der Inanspruchnahme eine Prognose zur Überschreitung bzw. Unterschreitung des festgelegten Gesamtbudgets werden folgende Möglichkeiten vereinbart: Werden in zwei Abrechnungsquartalen Leistungen in einem Umfang abgerechnet, dass das jeweilige, sich rechnerisch ergebende Volumen je zwei Quartale (50% des jahresbezogenen Volumens) nicht ausgeschöpft wird, erfolgt eine Abstimmung zwischen der KVB und den kassenseitigen Vertragspartnern über das weitere Vorgehen.

Werden in zwei Abrechnungsquartalen Leistungen in einem Umfang abgerechnet, dass das jeweilige, sich rechnerisch ergebende Volumen je zwei Quartale (50% des jahresbezogenen Volumens) nicht ausreicht, erfolgt eine Abstimmung zwischen der KVB und den kassenseitigen Vertragspartnern über das weitere Vorgehen.

Sind nach Abschluss der Abrechnungsquartale eines Jahres noch Finanzmittel oder Fehlbeträge aus dem Finanzvolumen in Höhe von 700.000 Euro bezogen auf ein Kalenderjahr vorhanden, werden diese in das Folgejahr übertragen. Über die Verwendung dieser Finanzmittel bzw. den Ausgleich des Fehlbetrages verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich, das Gesamtvergütungsvolumen von 700.000 Euro bezogen auf ein Kalenderjahr wird dabei nicht über- bzw. unterschritten.

Die KVB informiert die kassenseitigen Vertragspartner ab 01.10.2016 halbjährlich unverzüglich nach Vorliegen valider Abrechnungsdaten über die Ausschöpfung der Finanzvolumina.

3. Kontierung

Die oben aufgeführte Leistung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sie wird in Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 erfasst. Die abgerechnete Leistung und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

4. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ 1 nach § 137f SGB V tritt zum 01.10.2016 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung in der Fassung vom 22.06.2015. Sie endet zeitgleich mit dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach §137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD in seiner Gesamtheit (DMP-Vertrag) oder bei Beendigung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 in seiner Gesamtheit. Eine gesonderte Kündigung ohne die gleichzeitige Kündigung des DMP-Vertrages in seiner Gesamtheit oder des DMP Diabetes mellitus Typ 1 in seiner Gesamtheit ist nicht möglich.

II. Vereinbarung über die Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V

1. Vergütung von augenärztlichen Leistungen

Zur Vermeidung diabetesbedingter Augenkomplikationen sollen die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden Versicherten gemäß Anlage 1 der DMP-A-RL ein- bis zweijährlich vom Augenarzt untersucht werden.

1.1 Behandlungspauschale für Augenärzte:

Der besondere Betreuungsaufwand, der bei der augenärztlichen Behandlung der Diabetes-Patienten anfällt, wird pro anspruchsberechtigtem Versicherten wie folgt vergütet.

Leistung		Abrechnungsziffer
Behandlungspauschale für Augenärzte für Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2	6,00 Euro, einmal im Kalenderjahr	GOP 92279

Alle Fachärzte für Augenheilkunde bzw. alle Ärzte, die zur Abrechnung der Ziffer 06333 des EBM (Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes) berechtigt sind, können die hier aufgeführte Behandlungspauschale auf Überweisungsschein vom koordinierenden Arzt abrechnen. Die Behandlungspauschale kann einmal im Kalenderjahr für jeden Patienten abgerechnet werden, der am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnimmt.

Die oben aufgeführte Leistung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sie wird in Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84, Abschnitt DMP Diabetes mellitus Typ 2 erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

2. Vergütung einer Vorsorgeuntersuchung zur Aufdeckung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

2.1. Behandlungspauschale für koordinierende und diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte zur Aufdeckung einer pAVK

Koordinierende und diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte - ggf. ihre fachlich qualifizierten angestellten Ärzte - können für folgende Versicherte eine Behandlungspauschale für die Aufdeckung einer pAVK durch die Bildung des Knöchel-Arm-Indexes (ABI) abrechnen:

Anspruchsberechtigte Versicherte:

Inanspruchnahme ab dem 46. Lebensjahr und
Teilnahme am DMP DM Typ 2 und
bislang <u>unbekannte</u> pAVK und
<ul style="list-style-type: none">➤ Insulinpflichtige Patienten laut DMP-Dokumentation und/oder➤ Positiver Raucherstatus laut DMP-Dokumentation

Ist der Versicherte sowohl im Rahmen des DMP DM Typ 2 als auch im Rahmen des KHK anspruchsberechtigt, kann die GOP nur für ein DMP abgerechnet werden.

Für Patienten, welche gleichzeitig am Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen, besteht kein Leistungsanspruch im Rahmen dieser Vereinbarung.

Im Übrigen gilt Nummer I. 2. dieser Vereinbarung entsprechend.

2. Kontierung

Die oben aufgeführte Leistung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Sie wird in Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 erfasst. Die abgerechnete Leistung und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

4. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.10.2016 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung in der Fassung vom 22.06.2015. Sie endet zeitgleich mit dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD in seiner Gesamtheit (DMP-Vertrag) oder bei Beendigung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 nach § 137f SGB V in seiner Gesamtheit. Eine gesonderte Kündigung ohne die gleichzeitige Kündigung des DMP-Vertrages in seiner Gesamtheit oder des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 in seiner Gesamtheit ist nicht möglich.

III. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms KHK nach § 137f SGB V

Vergütung des Mehraufwands aufgrund Zunahme der vertragsärztlichen Leistungen

Das strukturierte Behandlungsprogramm DMP KHK führt voraussichtlich zu einem steigenden Aufwand bei der Behandlung von KHK und gegebenenfalls durch die Identifikation neuer Patienten zu einer Leistungsausweitung. Die Vergütung für den Mehraufwand, der durch die Zunahme der vertragsärztlichen Leistungen entsteht, wird in dieser Vereinbarung geregelt.

1. Für teilnehmende Ärzte nach § 3 i. V. m. Anlage 3b DMP-Vertrag:

Der koordinierende Arzt erhält pro vergütungswirksamer Dokumentation (i. S. der DMP-ARL) eine Mehraufwandspauschale in Höhe von 6,00 €.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nicht.

Die Rechnungslegung erfolgt zusammen mit der Abrechnung der vereinbarten Dokumentationspauschalen für DMP.

2. Für teilnehmende Ärzte nach § 4 i. V. m. Anlage 3c DMP-Vertrag:

Die AOK Bayern vergütet mit Wirkung zum 01.01.2016 folgende Leistung:

Leistung	Betrag	Abrechnungsziffer
<p>Bei Patienten im DMP KHK mit klinischen Symptomen der Herzinsuffizienz</p> <ul style="list-style-type: none">- Betreuung und Beratung eines Patienten, der in das DMP KHK eingeschrieben ist, und der am Modul Chronische Herzinsuffizienz teilnimmt oder bei dem die Einschreibevoraussetzungen für dieses Modul abgeklärt werden sollen <i>und</i>- Erstellung bzw. Aktualisierung eines Medikationsplans (insbesondere unter Angabe aller relevanter Medikamente, der einzunehmenden Dosis, der Einnahmezeit und ggf. sonstiger wichtiger Hinweise) <i>und</i>- Erstellung und zeitnahe Übermittlung des Arztbriefes an den koordinierenden Arzt <i>und</i>- ggf. Konsilium mit dem koordinierenden Arzt <p>Hinweise:</p> <ul style="list-style-type: none">- nur auf Überweisung durch den koordinierenden Arzt (Ausnahme: Sofern ein Facharzt im Ausnahmefall den Patienten selbst im DMP koordiniert, ist keine Überweisung erforderlich)- Bestehen Zweifel an der Teilnahme am DMP KHK des Patienten und kann der Leistungserbringer dies nicht eindeutig durch einen Vermerk auf dem Überweisungsschein oder aufgrund einer DMP-Teilnahmeerklärung mit Datum des aktuellen oder	<p>27,50 Euro, einmal im Behandlungsfall</p>	<p>92699F</p>

<p>der vorangegangenen beiden Quartale nachweisen, muss er sich vom Versicherten schriftlich erklären lassen, dass dieser an einem DMP teilnimmt. Die Nachweise sind solange aufzubewahren, bis die Abrechnungsprüfung seitens der Krankenkasse abgeschlossen ist (zwei Jahre nach Ende des Leistungsquartals).</p>		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Durch den Ansatz der Leistung 92699F wird die Abrechnung von Leistungen im Rahmen des EBM nicht berührt.

Die oben aufgeführten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Leistungen werden im Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84, Abschnitt DMP KHK erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

3. Vergütung einer Vorsorgeuntersuchung zur Aufdeckung einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)

3.1. Behandlungspauschale für teilnehmende Ärzte nach § 4 i. V. m. Anlage 3b und/oder 3c DMP-Vertrag zur Aufdeckung einer pAVK

Teilnehmende Ärzte nach § 4 i. V. m. Anlage 3b und/oder 3c DMP-Vertrag - ggf. ihre fachlich qualifizierten angestellten Ärzte - können für folgende Versicherte eine Behandlungspauschale für die Aufdeckung einer pAVK durch die Bildung des Knöchel-Arm-Indexes (ABI) abrechnen:

Inanspruchnahme ab dem 46. Lebensjahr und
Teilnahme am DMP KHK und
bislang <u>unbekannte</u> pAVK und
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Herzinfarkt und/oder Schlaganfall laut DMP-Dokumentation und/oder ➤ Positiver Raucherstatus laut DMP-Dokumentation

Ist der Versicherte sowohl im Rahmen des DMP DM Typ 1 als auch im Rahmen des KHK bzw. im Rahmen des DMP DM Typ 2 als auch im Rahmen des KHK anspruchsberechtigt, kann die GOP nur für ein DMP abgerechnet werden.

Für Patienten, welche gleichzeitig am Vertrag der hausarztzentrierten Versorgung der AOK Bayern teilnehmen, besteht kein Leistungsanspruch im Rahmen dieser Vereinbarung.

Im Übrigen gilt Nummer I. 2. dieser Vereinbarung entsprechend.

4. Kontierung

Die unter Nr. 3 aufgeführte Leistung wird außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Die Leistung wird im Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 erfasst. Die abgerechnete Leistung und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

5. Inkrafttreten

Nummer III.2. dieser Vereinbarung tritt zum 01.01.2016 und ersetzt die Nummer III. 2. vom 22.06.2015. Die Nummer III. 3 dieser Vereinbarung ergänzt die Vereinbarung vom 22.06.2015 zum 01.10.2016. Sie endet zeitgleich mit dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD in seiner Gesamtheit (DMP-Vertrag) oder bei Beendigung des strukturierten Behandlungsprogramms KHK nach § 137f SGB V in seiner Gesamtheit. Eine gesonderte Kündigung ohne die gleichzeitige Kündigung des DMP-Vertrages in seiner Gesamtheit oder des strukturierten Behandlungsprogramms KHK in seiner Gesamtheit ist nicht möglich.

IV. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Brustkrebs nach § 137f SGB V

A Vergütung von fachärztlichen Leistungen

Im Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs zwischen der KVB und der AOK Bayern ist in § 35 Abs. 3 geregelt, eine zusätzliche Vergütung der zweiten Versorgungsebene gesamtvertraglich zu vereinbaren.

Hierzu wird Folgendes vereinbart:

1. Der koordinierende Arzt kann im Rahmen der Nachsorgeuntersuchung bei von ihm koordinierten Patientinnen zweimal im Krankheitsfall die Ziffer 33041L und einmal im Krankheitsfall die Ziffer 33044L abrechnen, sofern er zur Abrechnung der analogen EBM-Ziffern berechtigt ist. Die zusätzliche Abrechnung der analogen Leistungen des EBM am selben Tag ist daneben nicht zulässig.
2. Die unter 7. aufgeführten Leistungen können von Fachärzten abgerechnet werden, sofern die Leistungen bei eingeschriebenen DMP-Patienten erbracht wurden. Die Leistungsbeschreibung der so genannten L-Leistungen ist identisch mit derjenigen der analogen Leistung im EBM in der jeweils gültigen Fassung. Sofern neben einer EBM-Leistung ein Kontrastmittel und/oder ein Radionuklid und/oder eine Zuschlagsziffer nach EBM abgerechnet werden könnte, so ist dies auch neben der entsprechenden L-Leistung möglich. Neben der L-Leistung kann die analoge Leistung des EBM am selben Tag nicht abgerechnet werden.
3. Sofern der koordinierende Arzt die in 7. aufgeführten Leistungen bei seinen DMP-Patientinnen selbst erbringt, sind diese Leistungen nicht abrechnungsfähig. Hiervon ausgenommen sind die Ziffern 33041L und 33044L unter den in 1. beschriebenen Voraussetzungen.
4. Die Leistungen werden zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KVB eingereicht.
5. Die AOK Bayern vergütet die Leistungen unter 1. und 7. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Für die Leistungen unter 1. erfolgt eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
6. Die Leistungen werden im Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 DMP, Abschnitt DMP Brustkrebs erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.
7. Abrechnungsfähige Leistungen und Vergütung

Gynäkologen	Abrechnungsnummer	Pauschale AOK
Zuschlagsziffer zu 33041	33041L	€ 22,74
	33091L	€ 13,29
Zuschlagsziffer zu 33044	33044L	€ 19,42
	33092L	€ 16,86
	33081L	€ 9,20

Nuklearmedizin	Abrechnungsnummer	Pauschale AOK
	17310L	€ 64,90
	17311L	€ 93,77
	17360L	€ 23,00
	17361L	€ 23,00
	17362L	€ 91,98
	17363L	€ 143,10
	17372L	€ 45,48
Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide (zu jeder Grundleistung im Abschnitt 17.3 ist nur ein Radiopharmakon dieses Abschnitts abrechnungsfähig)		
Grundleistung 17310L Teilkörperszintigraphie	40500L 40502L 40504L 40506L 40508L 40510L 40512L 40520L 40524L 40526L 40528L 40532L 40534L 40536L 40538L 40550L 40552L 40566L 40576L	Feste Beträge nach EBM Kapitel 40
Grundleistung 17311L Ganzkörperszintigraphie	40502L 40524L 40526L 40528L 40550L 40552L 40566L	Feste Beträge nach EBM Kapitel 40
Hämatologe/ Onkologe	Abrechnungsnummer	Pauschale AOK
	02100L	€ 7,92
	02101L	€ 21,72
	02120L	€ 15,84
Pathologe	Abrechnungsnummer	Pauschale AOK
	19312L	€ 14,31
	19320L	€ 34,75
	19321L	€ 50,59
	19322L	€ 75,12
Strahlentherapeut	Abrechnungsnummer	Pauschale AOK

	25211L	€ 83,80
	25340L	€ 39,35
	25310L	€ 10,99
	25333L	€ 56,21
	34360L	€ 51,61
Radiologe	Abrechnungs- nummer	Pauschale AOK
	33041L	€ 22,74
	33040L	€ 17,63
	33042L	€ 21,72
	33050L	€ 10,99
	33081L	€ 9,20
	34210L	€ 14,56
	34230L	€ 10,73
	34220L	€ 13,29
	34232L	€ 14,56
	34233L	€ 14,56
	34231L	€ 19,67
	34234L	€ 10,22
	34221L	€ 20,95
	34222L	€ 25,55
	34240L	€ 11,75
	34241L	€ 20,95
	34242L	€ 39,86
	34260L	€ 50,33
	34310L	€ 81,50
	34320L	€ 98,88
	34321L	€ 84,06
	34350L	€ 75,88
	34351L	€ 75,88
	34311L	€ 99,13
	34322L	€ 102,20
	34330L	€ 87,64
	34340L	€ 88,40
	34341L	€ 108,80
	34342L	€ 88,40
	34360L	€ 51,61

B Vergütung des strukturierten psychotherapeutischen, psychoonkologisch orientierten Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebotes

Der von der KVB und der AOK Bayern geschlossene Vertrag über ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Verbesserung der Versorgungssituation von Patientinnen mit Brustkrebs strebt u. a. das Ziel an, im psychischen Bereich Auswirkungen und Folgezustände im Zusammenhang mit der Krebserkrankung durch ein strukturiertes psychotherapeutisches, psychoonkologisch orientiertes Begleitungs-, Beratungs- und Behandlungsangebot zu lindern, damit Patientinnen die (individuell) empfundene Gefährdung ihrer Gesundheit besser verarbeiten, ihre Abwehr und Ängste abbauen können und auf diese Weise Angebote akzeptieren lernen oder in der Lage sind, diese wahrzunehmen.

Der Vertrag sieht vor, dass „im gesamten Versorgungsprozess [...] Maßnahmen der psychosozialen Betreuung“ berücksichtigt werden. „Die psychosoziale Betreuung ist an die individuelle Situation (Krankheitsphase, Therapieverfahren etc.) anzupassen. Hierfür ist im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot vorzusehen.“ (vgl. DMP-RL Teil B Abschnitt I Nr. 1 bis 4 und 6)

1. Inhalte der psychischen Versorgung

Die psychische Versorgung der Patientinnen mit Brustkrebs gliedert sich in 3 Stufen.

Stufe 1

- Screening der Patientin auf Auffälligkeiten durch den koordinierenden Arzt,
- ggf. Weiterleitung der Patientin an Facharzt zur Eingrenzung des Bedarfs auf Stufe 2

Die psychische Basisversorgung für Patientinnen mit Brustkrebs erfolgt durch die/den koordinierenden Arzt. Sie ist im DMP-Vertrag als zentraler Bestandteil der umfassenden Versorgung der Patientinnen mit Brustkrebs definiert und beinhaltet

- die auf die Patientinnen abgestimmte Aufklärung und Informationsvermittlung,
- ein adäquates Eingehen auf die emotionale Befindlichkeit,
- ein patientenzentriertes Vorgehen – auch in der Entscheidungsfindung über medizinische Behandlungsmaßnahmen,
- die Diagnostik des Ausmaßes der psychischen Belastung am Anfang der Behandlung und zu definierten Messzeitpunkten (Screening),
- soweit indiziert, die Überweisung an den (ärztlichen /psychologischen) Psychotherapeuten zur weiteren Diagnosestellung und zur Einleitung einer ggf. notwendigen psychotherapeutischen Maßnahme.

Die psychische Basisversorgung dient

- der rechtzeitigen Unterstützung der Patientinnen bei der Krankheitsbewältigung,
- der Behandlung leichter psychischer Beeinträchtigungen,
- dem Screening behandlungsbedürftiger psychischer Störungen und psychosozialer Problematiken.

Informationsvermittlung und patientenzentriertes Vorgehen sind wesentliche Inhalte der Begleitgespräche, die der Arzt – wie im DMP-Vertrag beschrieben – regelmäßig mit der Patientin führt.

Im DMP wird ein einfaches Eingangsscreening-Instrument zur Erhebung des Ausmaßes der psychischen Belastung verbindlich eingeführt, das allen Patientinnen vom niedergelassenen DMP-koordinierenden Arzt vorgelegt wird.

Für dieses Instrument wird ein Cut-off-Wert festgelegt, ab dem der behandelnde Arzt der Patientin die gestuften Angebote zur psychischen Unterstützung vorstellt und auf die mögliche positive Beeinflussung hinweist.

In der ambulanten Nachsorge bzw. Behandlung erfolgt das Standard-Screening im Rahmen der Gespräche durch den koordinierenden Arzt. Dieser erhebt im Begleitgespräch während der kritischen Krankheitsphasen (initial, Ende der Primärtherapie, Rezidiv, Metastasierung) – mindestens aber 1x jährlich – Belastungsfaktoren und ermittelt anhand des Screening-Fragebogens Hinweise auf eine psychische Störung sowie den daraus resultierenden Betreuungsbedarf. Finden sich im Gespräch oder in den Screening-Fragebögen Hinweise auf eine erhöhte Belastung wird die weitere psychoonkologische klinisch-psychotherapeutische Diagnostik durch den ambulanten psychotherapeutischen Spezialisten, der ggf. auch kurzfristig Psychotherapie anbieten kann, s. u. empfohlen.

Ergibt die differentialdiagnostische psychoonkologische Untersuchung durch den psychotherapeutischen Spezialisten die Indikation zu weiteren Maßnahmen (Stufe 2, Stufe 3, Durchführung einer Richtlinienpsychotherapie) werden diese der Patientin empfohlen.

Stufe 2

- psychoonkologische Beratungs- und Behandlungsangebote

Zum Zeitpunkt der Primärtherapie sowie zur Vorbereitung weiterer therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie, Strahlentherapie) führen zeitlich limitierte Interventionen zu einer signifikanten Senkung der mit der Therapie verbundenen psychischen und körperlichen Belastungen sowie zu einer Steigerung der Lebensqualität. Entgegen der häufigen Annahme weisen die Studien (McQuellon et al. 1998, Jacobs et al. 1983, Ale und Kahlel 1989, Pruitt et al. 1993) nach, dass gezielte Informationen die Ängste der Patienten reduzieren und die depressive Stimmung verbessern, auch wenn die Informationen emotional bedrohliche Aspekte beinhalten. Es wurden sehr unterschiedliche Interventionen erfolgreich evaluiert, so dass kein Verfahren sich als überlegen erwiesen hat. Die psychoonkologischen Interventionen umfassen:

- strukturierte Informationen über sozialrechtliche Bedingungen, rehabilitative Möglichkeiten und psychosoziale Hilfs- und Beratungsangebote (z. B. Selbsthilfe, Beratungsstellen, psychoonkologische Betreuung etc.)
- Einübung in Entspannungsverfahren einschl. imaginative Verfahren
- Anleitung zu Stress-, Problem- und Krankheitsbewältigung

Darüber hinaus können weitere Bausteine wie z. B. Maßnahmen zur Schmerzbewältigung, zur Paar- und Sexual- und Familienberatung etc. eingefügt werden.

Sie können als Einzel- oder Gruppeninterventionen – abgestimmt auf den individuellen Bedarf – angeboten werden. Die Einzelsitzungen umfassen insgesamt 2-6 Einheiten à 50 Minuten. Die Gruppensitzungen umfassen insgesamt 2-6 Doppelstunden à 100 Minuten. Die Durchführung durch qualifizierte Fachkräfte (z. B. klinische Psychologen) in den Brustzentren oder ambulant erfordert die Abstimmung mit dem koordinierenden Arzt, psychoonkologisch qualifizierten ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialarbeitern.

Stufe 3

- Spezifisches psychotherapeutisch-psychoonkologisches Angebot mit mindestens 4 Gesprächen á 50 Minuten je Quartal

Eine psychotherapeutische Intervention ist bei ca. 15% - 30 % der Patientinnen indiziert. Die Indikation besteht

- bei psychischer Komorbidität (Depression, Angst, sonstige Anpassungsstörung, Post-traumatische Belastungsstörung), die durch die in 1.1. beschriebenen Maßnahmen nicht ausreichend gebessert werden können
- bei psychisch mitverursachten körperlichen Symptomen im Verlauf von Krankheit und Behandlung
- bei Beeinträchtigung familiärer Funktionen bzw. familiäre Belastungen/Konflikte
- auf Wunsch der Patientin.

Bei Patientinnen in frühen Krankheitsstadien, die eine hohe psychische Belastung bzw. eine psychische Komorbidität aufweisen, reduzieren Einzel- oder Gruppenpsychotherapien die psychische Symptomatik, verbessern die Krankheitsbewältigung und die Lebensqualität der Patientinnen. Patientinnen in fortgeschrittenen Krankheitsphasen mit metastasierendem Brustkrebs profitieren von einer längerfristigen, überwiegend supportiven und kontinuierlichen Einzelbetreuung. Auch die Partner und Familien von Patientinnen mit Brustkrebs profitieren von einer kurzen psychotherapeutischen Intervention, entweder einzeln oder gemeinsam mit der Patientin.

Bei Vorliegen einer entsprechenden psychischen Störung kann auch – wie bisher und außerhalb des DMP - eine Richtlinienpsychotherapie – einzeln oder in Gruppen – indiziert sein. Darüber hinaus kann auch eine begleitende Richtlinienpsychotherapie – außerhalb des DMP – indiziert sein. Diese muss zur Genehmigung im entsprechenden Gutachten deutlich hervorheben, dass die psychische Störung separat behandelt werden muss und die Psychotherapie nicht die gleichen Inhalte enthält wie das psychotherapeutische Angebot.

2. Anforderung an Teilnehmer der psychosozialen Versorgung im DMP Brustkrebs

Die Qualifikationsvoraussetzung für den ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten sind

- eine abgeschlossene psychotherapeutische Aus- bzw. Weiterbildung (Zusatzbezeichnung, Approbation/ANR-Eintrag),

Nachweis einer Fortbildung innerhalb der letzten fünf Jahre, die folgende Inhalte umfasst:

- Grundlagen der Psychosomatik von Brustkrebspatientinnen (psychotherapeutische Konzepte und Prinzipien, Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen, Krankheitsbewältigung)
- Grundkenntnisse der psychischen Störungen bei Brustkrebspatientinnen
- Diagnostik und Screening dieser Störungsbilder und
- Basiskenntnisse in der psychoonkologischen Therapie.

Der Nachweis für diese Fortbildung kann innerhalb eines Jahres nach Beginn der Teilnahme am DMP Brustkrebsvertrag nachgereicht werden.

Ab 01.01.2008 muss zur Abrechnung der Leistungen auf Stufe 3 der Nachweis der psychoonkologischen Fortbildung der Landespsychotherapeutenkammer Bayern oder der Bayerischen Landesärztekammer oder eine vergleichbare Fortbildung, die durch die Vertragspartner anerkannt und zertifiziert wurde, auf Anforderung vorgelegt werden.

Allgemein

- die aktive (in der Klinik aufsuchende) Beziehungsaufnahme durch den Psychotherapeuten
- die kurzfristige Erreichbarkeit und Flexibilität in der Termingestaltung
- die Verknüpfung von stationärer und ambulanter Betreuung
- Bereitschaft zur Kooperation mit den onkologischen Behandlern und koordinierenden Ärzten
- eingehende Kenntnisse über die somatische Erkrankung, die medizinische Behandlung und die Nebenwirkungen sowie den sozialrechtlichen Bedingungen.

3. Vergütung

	Abrechnungsziffer	Betrag in Euro
Stufe 1 beim koordinierenden Arzt:		
Screening mit HADS-Test und Checkliste inkl. Beratung der Patienten	92697A	14,50
Stufe 1 beim psychotherapeutischen Leistungserbringer:		
Psychoonkologischer Test und Beratung zur weiteren Behandlung (z. B. Fragebogen zur Belastung von Krebskranken; psychoonkologische Basisdokumentation (Herschbach))	92697B	15,00
Psychoonkologische Diagnostik (Stufe 1) (je Sitzung á 50 Minuten; bis zu dreimal im DMP-Fall)	92697C	77,00
Stufe 2 beim psychotherapeutischen Leistungserbringer:		
Psychoonkologische Beratungs- und Behandlungsangebote:		
Einzelsitzungen (2 -6 Sitzungen je Behandlungsfall á 50 Minuten)	92697D	85,00
Gruppensitzung (2- 9 Teilnehmer) (2 -6 Sitzungen je Behandlungsfall je Doppelstunde á 100 Minuten)	92697E	42,50
Stufe 3 beim psychotherapeutischen Leistungserbringer:		
Psychotherapeutisch-psychoonkologische Behandlung (Je Sitzung á 50 Minuten)	92697F	95,00
Vergütungspauschale für aktives Aufsuchen und Beziehungsaufbau (einmalig pro Versichertenfall und KH-Aufenthalt bei Behandlungsbeginn; weitere Ansetzung nur durch Begründung z. B. Umzug, Therapeutenwechsel mög-	92697G	100,00

lich)		
-------	--	--

Die gesamtvertragliche Vergütung dieser Leistung wird im Folgenden geregelt:

- Die unter 1. – 3. aufgeführten und beschriebenen Leistungen können von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden, sofern die Leistungen bei eingeschriebenen DMP-Patientinnen erbracht wurden.
- Die Leistungen werden zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KVB eingereicht.
- Die AOK Bayern vergütet die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- Die Leistungen werden im Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 DMP, Abschnitt DMP Brustkrebs erfasst. Die abgerechneten Leistungen und deren Häufigkeit werden gesondert ausgewiesen.

Diese Vereinbarung tritt zum 01.07.2015 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung in der Fassung vom 10.06.2010. Sie endet zeitgleich mit dem Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Brustkrebs in seiner Gesamtheit. Eine gesonderte Kündigung ohne die gleichzeitige Kündigung des DMP Brustkrebs-Vertrages in seiner Gesamtheit ist nicht möglich.

V. Vereinbarung über Vergütung von Leistungen im Rahmen des Disease Management Programms Asthma/COPD nach § 137f SGB V

In Verbindung mit den strukturierten Behandlungsprogrammen Asthma/COPD im Rahmen des DMP-Vertrages schließen die Vertragspartner folgende Vereinbarung über die zusätzliche Vergütung für teilnehmende DMP-Ärzte.

1. Für teilnehmende Ärzte nach § 3 i. V. m. Anlage 4b DMP-Vertrag:

- 1.1 Der koordinierende Arzt erhält eine Mehraufwandspauschale in Höhe von 5,00 € pro Dokumentation.
Voraussetzung für die Vergütung der Mehraufwandspauschale ist, dass die Dokumentation spätestens am 20. Tag des zweiten Monats im Dokumentationsquartal in der Datenstelle eingeht und die Dokumentation innerhalb der vereinbarten Fristen rechts- und vergütungswirksam (i. S. der DMP-A-RL sowie der DMP- RL Teil B II Nr. 5 und Teil B III Nr. 5) in der Datenstelle vorliegt.
- 1.2 Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nicht.
- 1.3 Die Rechnungslegung erfolgt zusammen mit der Abrechnung der vereinbarten Dokumentationspauschalen für DMP durch KVB-interne Erzeugung von Abrechnungsnummern.

2. Für teilnehmende Ärzte nach § 4 Abs. 2 i. V. m. Anlage 4c DMP-Vertrag:

- 2.1 Pneumologisch qualifizierte Fachärzte können unten aufgeführte Leistungen abrechnen, sofern eine Berechtigung zur Abrechnung der analogen EBM-Ziffer vorliegt und die Untersuchungen ergeben, dass der behandelte Patient die Diagnosekriterien für die Einschreibung ins DMP Asthma/COPD erfüllt. Eine weitere Voraussetzung der Abrechenbarkeit ist, dass der Patient mit der Diagnose
- Asthma das 5. Lebensjahr (solange diese Alterseinschränkung besteht)
 - COPD das 18. Lebensjahr
- vollendet hat.

- a) Fachärztlich tätige Internisten sowie Lungenärzte, jeweils mit der Berechtigung zur Abrechnung des Komplexes 13650

Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Basiskomplex	13650L	52,00 €
Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 13650L für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	13651L	51,25 €

Die zusätzliche Abrechnung der EBM-Ziffer 13650 ist neben der 13650L im selben Quartal nicht möglich. Die zusätzliche Abrechnung der EBM-Ziffer 13651 ist neben der 13651L am selben Tag nicht möglich.

- b) Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder der Berechtigung zur Abrechnung des Komplexes 04530

Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	04530L	52,00 €
Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 04530L für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	04532L	51,25 €

Die zusätzliche Abrechnung der EBM-Ziffer 04530 ist neben der 04530L im selben Quartal nicht möglich. Die zusätzliche Abrechnung der EBM-Ziffer 04532 ist neben der 04532L am selben Tag nicht möglich.

Die unter a) und b) aufgeführten Leistungen sind maximal einmal im Krankheitsfall abrechenbar.

Der Leistungsinhalt der oben genannten Ziffern umfasst den Leistungsinhalt der analogen Leistungen im EBM. Darüber hinaus umfasst der Leistungsinhalt die differenzierte Dokumentation des Befundes im Arztbrief an den koordinierenden Arzt für die Einschreibung des Patienten ins DMP. Der teilnehmende Facharzt hat dem koordinierenden Arzt einen strukturierten Bericht zuzusenden, welcher alle erforderlichen Daten enthält, um eine Einschreibung vorzunehmen. Die Zusendung ist nicht erforderlich, sofern die Teilnahme nach § 3 und § 4 DMP-Vertrag in Personalunion erfolgt. Hier ist eine differenzierte Dokumentation des Befundes in der Patientenakte ausreichend. Außerdem informiert der Facharzt den Patienten über das strukturierte Behandlungsprogramm und empfiehlt die Einschreibung ins DMP durch den koordinierenden Arzt.

- 2.2 Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird für die unter 2.1 aufgeführten und in dem Abrechnungsquartal abgerechneten Leistungen bereinigt. Die Bereinigung erfolgt nach den Grundsätzen des jeweils gültigen Nachtrages zum Gesamtvertrag.
- 2.3 Die Leistungen werden zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KVB eingereicht.
- 2.4 Die Leistungen des EBM Band 1, Kapitel 13, Abschnitt 13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen bzw. Kapitel 4, Abschnitt 4.5.2 Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen werden jährlich beobachtet und von den Vertragspartnern ausgewertet. Bei einer erheblichen Mengenausweitung (von mehr als 10%) in Hinblick auf die oben genannten Leistungen wird die Vergütung der fachärztlichen Leistungen neu verhandelt.

Außerdem wird das Verhältnis der abgerechneten Leistungen gemäß Ziffer 2.1 zu den im Anschluss daran für diese Versicherten erfolgten Einschreibungen von den Vertragspartnern jährlich analysiert. Sollte bei einem hohen Anteil der Versicherten trotz Empfehlung und Arztbrief des pneumologisch qualifizierten Facharztes nach § 4 DMP-Vertrag keine DMP-Einschreibung erfolgen, wird die Vergütung der Leistungen gemäß Ziffer 2.1 neu verhandelt.

3. Für Schulungsärzte nach § 22 Abs. 4 DMP-Vertrag

- 3.1 Ärzte nach § 3 und/oder 4 i. V. m. § 22 Abs. 4 DMP-Vertrag, die Asthma/COPD-Patientenschulungen im Rahmen der DMP durchführen, können zusätzlich folgende ärztliche Gesprächsleistung abrechnen.

Individuelles Beratungs- und Motivationsgespräch über die zukünftige asthmabezogene Lebensführung mit Bezug zur Patientenschulung im DMP Asthma für Erwachsene	92710G	50,00 €
Individuelles Beratungs- und Motivationsgespräch über die zukünftige COPD-bezogene Lebensführung mit Bezug zur Patientenschulung im DMP COPD	92711G	50,00 €

Das Beratungs- und Motivationsgespräch kann nur abgerechnet werden, wenn der Patient an allen Schulungsterminen teilgenommen hat. Das Gespräch muss im Anschluss an die letzte Schulungseinheit geführt werden, kann aber am selben Tag abgerechnet werden.

Das Beratungs- und Motivationsgespräch kann bei der Durchführung von Schulungen für Erwachsene abgerechnet werden und ist nicht neben der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. abrechenbar.

- 3.2 Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nicht.
- 3.3 Die Leistungen werden zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KVB eingereicht.

4. Kontierung

Die Leistungen nach den Nr. 1 bis 3 werden von der KVB im Formblatt 3, Kontenart 404, Kapitel 84 DMP, Abschnitt DMP Asthma bronchiale bzw. Abschnitt DMP COPD ausgewiesen. Die Häufigkeit der abgerechneten Leistungen wird gesondert ausgewiesen.

5. Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.07.2015 in Kraft und ersetzt ab diesem Zeitpunkt die Vereinbarung in der Fassung vom 10.06.2010. Sie endet zeitgleich mit dem Vertrag zur Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) nach §137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma/COPD in seiner Gesamtheit (DMP-Vertrag) oder bei Beendigung des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma/COPD nach § 137f SGB V in seiner Gesamtheit. Eine gesonderte Kündigung ohne die gleichzeitige Kündigung des DMP-Vertrages in seiner Gesamtheit oder des strukturierten Behandlungsprogramms Asthma/COPD in seiner Gesamtheit ist nicht möglich.

VI. Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf der Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

VII. Salvatorische Klausel

- (1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, bleibt die Vereinbarung im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an der Vereinbarung nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommen.

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

München, den 30.09.2016

.....
Peter Krase
Ressortdirektor
AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

.....
Dr. Wolfgang Krombholz
Vorsitzender des Vorstands
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns