

## Vertrag

**über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von  
Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus  
auf der Grundlage des § 140a SGB V**

zwischen der

**DAK-Gesundheit**  
Vertragsgebiet Hamburg  
Gotenstraße 12  
20097 Hamburg

und der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg**  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg genannt -

vom 1. Oktober 2016

i. d. F. des 2. Nachtrages ab 25. Mai 2018

sowie

des Beitritts der  **KKH** Kaufmännische  
Krankenkasse

sowie des Beitritts der



# **Inhaltsverzeichnis**

## **Präambel**

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme des Vertragsarztes**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte**
- § 5 Aufgaben der KV Hamburg**
- § 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit**
- § 7 Qualitätssicherung**
- § 8 Vergütung**
- § 9 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung**
- § 10 Bereinigung**
- § 11 Abrechnung**
- § 12 Datenschutz**
- § 13 Außendarstellung**
- § 14 Inkrafttreten und Kündigung**
- § 15 Salvatorische Klausel**

## **Anlagenverzeichnis**

- Anlage 1 Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten**
- Anlage 2 Neurologische Komplikation: LUTS**
- Anlage 3 Vaskuläre Komplikationen**
- Anlage 4 Diabetesleber**
- Anlage 5 Nephrologische Komplikationen**
- Anlage 6 Teilnahmeerklärung der Versicherten**
- Anlage 7 Versicherteninformation**
- Anlage 8 Datenschutzmerkblatt**
- Anlage 9 Abrechnung**
- Anlage 10 Teilnahmeerklärung des Arztes**

## **Präambel**

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit Diabetes mellitus behoben werden.

Hierdurch soll langfristig ein hohes Maß an Lebensqualität erhalten werden sowie die mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen stets einhergehenden Kosten deutlich gesenkt werden.

### **§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**

Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt. Dieser Vertrag regelt in den Anlagen 1 – 5 den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen in den nachfolgenden fünf Versorgungsfeldern:

1. Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“:  
Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten  
(Anlage 1)
2. Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“:  
LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus  
(Anlage 2)
3. Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“:  
Angiopathie bei Diabetes mellitus  
(Anlage 3)
4. Versorgungsfeld „Diabetesleber“  
(Anlage 4)
5. Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“:  
Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus  
(Anlage 5)

## **§ 2 Teilnahme der Versicherten**

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit ohne Rücksicht auf deren Wohnort, die sich aufgrund ihrer Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen spezifischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
2. Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf dem Formular gemäß Anlage 6, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen das Merkblatt Versicherteninformation gemäß Anlage 7 und das Datenschutzmerkblatt gemäß Anlage 8 ausgehändigt wurde.
4. Die Teilnahme der Versicherten endet
  - a. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.
  - b. mit Beendigung dieses Vertrages.
  - c. durch Kündigung ihrer Teilnahme gegenüber der DAK-Gesundheit mit einer Frist von vier Wochen nach Eingang bei der DAK-Gesundheit. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Im Kündigungsfall informiert die DAK-Gesundheit den behandelnden Arzt.

## **§ 3 Teilnahme des Vertragsarztes**

1. Teilnehmen können alle im Bereich der KV Hamburg zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V zugelassenen Hausärzte sowie angestellten Hausärzte. Teilnahmeberechtigt sind weiterhin alle zur vertragsärztlichen

Versorgung nach § 95 SGB V im Bereich der KV Hamburg zugelassenen und berechtigten fachärztlichen Internisten, mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.

2. Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 10 bei der KV Hamburg.
3. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
  - Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal
  - Der Arzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann
  - Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, für die Durchführung der Dopplersonographie ist eine Beauftragung durch Überweisung möglich.
4. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Hamburg gekündigt werden. Die Teilnahme am Vertrag kann im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden.
5. Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit des Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag zwischen der DAK-Gesundheit und der KV Hamburg endet.
6. Die Teilnahme des Arztes endet ferner mit dem Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

#### **§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte**

1. Der teilnehmende Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß § 1 Ziffer 1 bis 5 beschriebenen Leistungen hin.
2. Der teilnehmende Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6 aus und händigt die Versicherteninformation gemäß Anlage 7 und das Datenschutzmerkblatt nach Anlage 8 aus. Er übermittelt die Teilnahmeerklärung (im Original) über die KV Hamburg zur Weiterleitung an die DAK-Gesundheit (Adresse: siehe Teilnahmeerklärung nach Anlage 6). Die Teilnahmeerklärung muss spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Im Falle einer unwirksamen Teilnahme des Versicherten werden die vom teilnehmenden

Arzt bereits erbrachten Leistungen gemäß Anlage 9 von der DAK-Gesundheit vergütet.

3. Der teilnehmende Arzt, sofern er am DMP Diabetes mellitus teilnimmt, schreibt den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen in das DMP Diabetes mellitus ein und erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme.
4. Unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme führt der teilnehmende Arzt bei jedem teilnehmenden Versicherten zusätzlich ein Basisuntersuchungsprogramm durch. Dieses beinhaltet folgende Leistungen:
  - Anamnese
  - Erhebung des Ganzkörperstatus
  - Allgemeine Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung

Für diese Leistungen erhält der teilnehmende Arzt im vierten Quartal jedes Kalenderjahres jeweils einmalig je teilnehmenden Versicherten eine Vergütung in Höhe von 2,50 Euro (GOP 93367), sofern gegenüber den teilnehmenden Versicherten zusätzlich mindestens eine Leistung nach Abs. 5 und/oder 6 erbracht und abgerechnet wurde.

5. Die jeweiligen Versorgungsprogramme können bei jedem der in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, wenn diese in den vergangenen 3 Quartalen bei den jeweiligen Versicherten nicht durchgeführt wurden. Dadurch ist ein medizinisch sinnvoller zeitlicher Abstand zwischen den einzelnen Untersuchungen gewährleistet. Dabei dürfen die in den jeweiligen Versorgungsprogrammen beschriebenen Diagnosen dem teilnehmenden Arzt zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sein. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder im vorhergehenden Jahr mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer des teilnehmenden Arztes verschlüsselt wurden.
6. Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Versorgungsprogramms gemäß Absatz 3 in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit bis zu 2-mal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt.

## **§ 5 Aufgaben der KV Hamburg**

1. Die KV Hamburg veröffentlicht den Vertrag gemäß ihrer Satzung. Gleichzeitig erfolgt eine Veröffentlichung im Internet.

2. Die KV Hamburg nimmt die Abrechnung der teilnehmenden Ärzte entgegen und rechnet diese ab.
3. Die KV Hamburg vergütet die Leistungen der teilnehmenden Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen nach Absatz 4 erfolgt keine Vergütung.
4. Die KV Hamburg prüft, ob bei positivem Untersuchungsbefund im Rahmen der Versorgungsprogramme die in den jeweiligen Modulen definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KV Hamburg, ob die für die Durchführung der Weiterbetreuungsprogramme in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Nur in diesen Fällen darf die Vergütung für die jeweilige Leistungserbringung ausgezahlt werden. Die KV Hamburg weist die teilnehmenden Ärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
5. Die KV Hamburg steht den beteiligten Ärzten für Fragen zum vertraglichen Inhalt zur Verfügung. Der teilnehmende Arzt kann über die Beschaffung der nach diesem Vertrag zu vergütenden Sachmittel frei entscheiden.“
6. Über die teilnehmenden Ärzte führt die KV Hamburg ein Verzeichnis. Die KV Hamburg stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der DAK quartalsweise in elektronischer Form zur Verfügung. Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte erklären ihre Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer.

## **§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit**

Die DAK-Gesundheit informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsprogramms.

## **§ 7 Qualitätssicherung, Beirat, Exklusivität**

Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

Zur Durchführung und einer sukzessiven Weiterentwicklung dieses Vertrages, insbesondere im Hinblick auf etwaige weitere Versorgungsmodule, wird ein Beirat gebildet. Der Beirat besteht aus jeweils einem Vertreter der DAK-Gesundheit und der KV Hamburg. Der Beirat tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

Die Vertragsparteien vereinbaren für das erste Kalenderjahr nach Vertragsabschluss

Exklusivität, das bedeutet, dass die KV darf in dieser Zeit keinen gleichlautenden oder vergleichbaren Vertrag mit einer anderen Krankenkasse abschließen.

## **§ 8 Vergütung**

1. Für seine Leistungen rechnet der Arzt nach Erbringung der Leistungen nach § 4 Abs. 5 und 6 jeweils einmalig bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, die Leistungsziffern nach Anlage 9 im Rahmen des jeweiligen Versorgungsfeldes unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM, Diagnosesicherheit „G“ gegenüber der KV Hamburg ab.
2. Mit seiner Abrechnung erhält der Arzt je abgerechneter Leistungsziffer außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung eine Vergütung in Höhe von jeweils 20,00 Euro für das Versorgungsprogramm und 20,00 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms.

## **§ 9 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung**

Die teilnehmenden Ärzte unterliegen auch im Rahmen der Leistungen aus diesem Vertrag der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung gemäß §106a SGB V.

## **§ 10 Bereinigung**

Für die nach § 4 Abs. 4 abgerechneten Leistungen wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Höhe von jeweils 2,50 Euro (GOP 93367) je abgerechneter Leistung nach § 4 Abs.4 bereinigt. Die Bereinigung erfolgt nicht basiswirksam. Die Summe der Bereinigungsbeträge wird der DAK-Gesundheit im jeweils betreffenden Quartal gutgeschrieben.

## **§ 11 Abrechnung**

1. Die vertragsärztlichen Leistungen für Versicherte werden nach Maßgabe der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg abgerechnet.

2. Die KV Hamburg ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
3. Die KV Hamburg rechnet die Vergütungssätze mit der Quartalsabrechnung gegenüber der DAK-Gesundheit ab.
4. Die gezahlten Vergütungen werden im Formblatt 3 bis in Ebene 6 ausgewiesen.
5. Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
6. Im Übrigen gelten für die Umsetzung dieses Vertrages die Regelungen des § 13 (Rechnungsunterlagen) und § 14 (Zahlung der Gesamtvergütung) des Gesamtvertrages in der jeweils gültigen Fassung.

## **§ 12 Datenschutz**

1. Bei der Durchführung und Dokumentation der Behandlung sowie bei der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten bleiben die ärztliche Schweigepflicht, das Sozialgeheimnis und die datenschutzrechtlichen Vorschriften unberührt und sind von allen Vertragspartnern zu beachten.
2. Die Vertragspartner verpflichten sich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz und über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vereinbarungsverhältnisses bestehen.
3. Die Erhebung, Verarbeitung (insbesondere Übermittlung) und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite, der ihn betreffenden Datenerhebung und Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten durch den Arzt aufgeklärt gemäß der Versicherteninformation in Anlage 7.

## **§ 13 Außendarstellung**

Die Vertragspartner kommunizieren vertragsbezogen gegenüber Dritten nur nach gemeinsamer Absprache.

## **§ 14 Inkrafttreten und Kündigung**

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2016 in Kraft.
2. Die Kündigung dieser Vereinbarung ist mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei möglich. Frühester Kündigungstermin ist der 31.12.2017.
3. Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn
  - ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
  - aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.
4. Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch Änderung seiner Anlagen unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

## **§ 15 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass bei der Anwendung der vorgenannten Regelung zunächst die bestehenden Bestimmungen des zwischen den Vertragspartnern bestehenden Gesamtvertrages berücksichtigt werden.

## Unterschriften der Vertragsparteien

### **Kassenärztliche Vereinigung**

Hamburg

.....

Walter Plassmann

### **DAK-Gesundheit**

Vertragsgebiet Hamburg

.....

Annett Saal

## Anlage 1

### **Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten**

Die diabetische Neuropathie ist eine heterogene Erkrankung mit unterschiedlicher klinischer Manifestation, die verschiedene Regionen des peripheren und des autonomen Nervensystems betreffen kann.

#### a. Teilnahmevoraussetzung für das Versorgungsprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der DAK mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose E1\*.4 und/oder G59.0, G63.2, G99.0.

#### b. Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Im Rahmen dieses Programms wird zunächst ein Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung eingesetzt. Zeigt sich hier eine Beeinträchtigung der Schweißsekretion, weist dies auf eine im Rahmen der autonomen Polyneuropathie bestehenden Störung der Sudomotorik hin, die nicht selten die erste Manifestation einer diabetischen Neuropathie ist.

Anschließend erfolgt eine ausführliche körperliche Untersuchung, die folgende Daten und Untersuchungen umfasst:

- Anamnese mit Erfassung von Risikofaktoren, -indikatoren bzw. klinischen Korrelaten für die sensomotorische diabetische Polyneuropathie;
- Erfassung neuropathischer Plus- und Minussymptome (z.B. sensible Reizerscheinungen, Schmerzen, Krämpfe, Taubheitsgefühl), insbesondere anamnestische Erfassung von Schmerzintensität, -lokalisierung und schmerzauslösenden Situationen (mithilfe validierter Fragebögen);
- Inspektion und klinische Untersuchung (Hautfarbe, trophische Störungen, Fußdeformität, Fußulkus, Verletzungen, Hauttemperatur),
- Screening auf Fußkomplikationen unter Beachtung des in Anlage 3 beschriebenen Versorgungsfeldes „Angiopathie bei Diabetes mellitus“,
- Einfache neurologische Untersuchungsmethoden: Untersuchung der Achillessehnenreflexe, des Vibrationsempfindens mit der 128 Hz-Stimmgabel nach Rydel-Seiffer sowie des Druck- und Berührungsempfindens mit dem 10 g-Monofilament.

Die Untersuchungen sind immer bilateral durchzuführen. Je nach Notwendigkeit werden weitere Untersuchungen innerhalb der regulären Versorgung durchgeführt bzw. veranlasst.

Bei Feststellung einer diabetischen Polyneuropathie wird der Untersuchungsbefund ausführlich mit dem Versicherten besprochen. Hierzu gehört auch eine Aufklärung über die Risiken, die sich aus einer verminderten Schweißsekretion ergeben (erhöhte Gefahr für Minimalläsionen) und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden kann.

Danach erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung. Mit dem Versicherten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. In diesem Zusammenhang soll ferner empfohlen werden, Alkohol allenfalls in moderaten Mengen zu konsumieren.

c. Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung kontrolliert. Ein wichtiger Fokus liegt auf der gründlichen Fußinspektion. Die Notwendigkeit der regelmäßigen Selbstuntersuchung sowie die Beachtung von anerkannten Pflegeempfehlungen werden hierbei gegenüber dem Versicherten verdeutlicht. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele werden ggf. angepasst. Hierbei wird die höchstmögliche Adhärenz angestrebt. Ist eine Verschlechterung der diabetischen Neuropathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

## Anlage 2

### **Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus**

Die Blasenfunktion ist ein sehr komplexer Prozess, der maßgeblich neural gesteuert wird. Liegt eine diabetische Neuropathie vor, so kann es u.a. auch zu motorischen Störungen im Bereich der Blase kommen (z. B. neurogene Reflexblase, diabetische Zystopathie). Neben Entleerungsstörungen kann es auch zur Bildung von Restharn sowie langfristig zu gravierenden Schädigungen der Nieren kommen.

#### a. Teilnahmevoraussetzung für das Versorgungsprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der DAK mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose N31.1 oder N31.2. Die Maßnahme richtet sich explizit auch an Versicherte mit bereits bekannten anderen neurologischen Komplikationen.

#### b. Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Es erfolgt eine gezielte Befragung mit folgendem Inhalt:

- o Miktionsstörungen
- o Miktionsfrequenz
- o Restharn
- o Harnwegsinfekte
- o Harnstrahlabschwächung
- o Notwendigkeit der Bauchpresse
- o Inkontinenz

Bei Beschwerden führt der Versicherte ein Miktionstagebuch (Miktionsfrequenz, Miktionsvolumina und Trinkmenge) über 48 Stunden führen.

Als Therapie werden zunächst Verhaltensstrategien wie “timed voiding” (Miktion nach der Uhr) oder “double voiding” (2 Blasenentleerungen innerhalb kurzer Zeit) angewendet.

Bei schwerwiegenderen Problemen kann eine Überleitung in die urologische Regelversorgung notwendig werden.

#### c. Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung kontrolliert, dabei wird insbesondere der Erfolg der empfohlenen Therapie thematisiert. Ist eine Verschlechterung der LUTS eingetreten, wird die Mitbehandlung durch einen Urologen erörtert und die aktuelle Therapie der Diabetes-Grunderkrankung wird kritisch überprüft.

## Anlage 3

### **Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes mellitus**

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bezeichnet eine Einschränkung der Durchblutung der die Extremitäten versorgenden Arterien bzw. seltener der Aorta.

#### a. Teilnahmevoraussetzung für das Versorgungsprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der DAK mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben.

#### b. Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Es erfolgt eine dopplersonographische Messung der arteriellen Verschlussdrucke der A. dorsalis pedis und der A. tibialis posterior und ggf. der A. fibularis am liegenden Patienten mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI). Ein Wert von  $< 0,9$  gilt als beweisend für das Vorliegen einer PAVK.

Nachdem der Patient etwa 10 min in liegender Position geruht hat, werden zwei systolische Blutdruckmessungen durchgeführt, zunächst an der Arteria brachialis in üblicher Weise nach Riva-Rocci. Hierbei wird der Mittelwert der Messungen an beiden Armen verwendet (Ausnahme: bei Druckunterschieden  $\geq 10$  mmHg wird der höhere Druck verwendet). Da die Blutdruckmessung am Bein auskultatorisch nicht möglich ist, wird nun die etwa 10-12 cm breite Blutdruckmanschette über dem Knöchel aufgeblasen, und der systolische Druckwert an der Arteria tibialis posterior wird mit der Doppler-Sonde (8.10 MHz) gemessen.

Neben der Doppler-Messung können auch Geräte zur (semi-)automatischen Blutdruckmessung bzw. andere Pulssensoren verwendet werden, sofern sie für diesen Zweck validiert und bereits in epidemiologischen Studien erfolgreich eingesetzt wurden. Die Messung wird auch an der Arteria tibialis anterior durchgeführt (nicht an der Arteria dorsalis pedis), und der höhere Druck für das Bein wird notiert. Danach wird diese Messung am anderen Bein durchgeführt. Die Größe der Manschetten muss dem Arm und Beinumfang angepasst sein. Dabei wird der Druck nicht an der Doppler-Sonde gemessen, sondern vielmehr in Höhe der Blutdruckmanschette erfasst. Der ABI wird dann wie üblich für jede Seite berechnet als „höchster Knöchelarteriendruck geteilt durch mittleren Arterienarteriendruck“. Da es sich um einen Quotienten handelt, hat der Wert keine Dimension bzw. Maßeinheit.

Während der ABI-Wert mit dem höchsten Knöchelarteriendruck ein Maß für die periphere arterielle Durchblutung und die hämodynamische Relevanz ist, gelingt durch die Verwendung des niedrigsten Fußarterien-drucks der

Nachweis oder Ausschluss einer PAVK. Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.

Ferner ist zu beachten: Bei Diabetikern kann der ABI in 10-30% wegen einer Mönckeberg-Mediasklerose nicht bestimmt werden (falsch hohe Werte > 1,5). Bei Unsicherheit sollte eine weitere Abklärung im Rahmen der angiologischen Regelversorgung veranlasst werden.

Zum Untersuchungsprogramm gehören eine ausführliche Anamnese und die sorgfältige klinische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte. Des Weiteren werden die Ratschow-Lagerungsprobe und der Kapillarpuls an den unteren Extremitäten geprüft.

Diese Maßnahme dient insbesondere der frühzeitigen Erkennung einer chronischen PAVK im asymptomatischen Stadium (PAVK I nach Fontaine, Rutherford 1). Das therapeutische Ziel besteht hier in der Risikoreduktion kardiovaskulärer Erkrankungen. Der Versicherte ist über seine Risikosituation – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen - umfassend aufzuklären.

Anschließend erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung. Mit dem Versicherten werden Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart. Wichtige zu vereinbarende Ziele sind: Gewichtsreduktion bei Übergewicht sowie die Nikotinkarenz bei Rauchern. Der Versicherte wird zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen – motiviert.

#### c. Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst. Hierbei wird die höchstmögliche Adhärenz angestrebt. Ist eine Verschlechterung der diabetischen Angiopathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung und - sofern notwendig – Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der Angiopathie.

## Anlage 4

### Versorgungsfeld Diabetesleber

Ist die Leber über einen längeren Zeitraum schädigenden Einflüssen ausgesetzt, manifestiert sich dies zunächst vor allem durch die vermehrte Einlagerung von Fett. Man spricht dann von einer Steatosis hepatis. Bleiben die schädigenden Einflüsse bestehen, kommt es zusätzlich zu entzündlichen Prozessen, der sogenannten Steatohepatitis. Im weiteren Verlauf droht der Übergang in eine Leberzirrhose mit starker Fibrosierung und ungesteuerter Bildung von Regeneratknoten. Zu diesem Zeitpunkt ist die Leber in ihrer Funktion bereits erheblich eingeschränkt. Auf dem Boden dieser Vorgänge steigt das Risiko für ein hepatozelluläres Karzinom erheblich.

#### a. Teilnahmevoraussetzung für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose K77.8.

#### b. Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Es wird eine Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms durchgeführt. Es erfolgt eine labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte vor dem Hintergrund des klinischen Gesamtbildes.

#### c. Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst. Hierbei wird die höchstmögliche Adhärenz angestrebt. Ist ein Fortschreiten der Diabetesleber eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

## Anlage 5

### **Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus**

Die chronische Nierenkrankheit ist eine der häufigsten und gefährlichsten Komplikationen, welche von 20-40 % aller Patienten mit Diabetes (definiert ab Mikroalbuminurie) im Krankheitsverlauf entwickelt wird. Im fortgeschrittenen Stadium führt sie ohne Nierenersatztherapie zum Tod. Das Risiko ist bei beiden Krankheitsgruppen – Typ-1- wie Typ-2-Diabetes – gleich.

Die Bestimmung der Albuminkonzentration im Urin und Berechnung der eGFR ist einmal pro Jahr durchzuführen, da Patienten mit Diabetes auch ohne Albuminurie bereits eine eingeschränkte Nierenfunktion aufweisen können (z. B. bei ischämischer Nephropathie).

#### a. Teilnahmevoraussetzung für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der DAK mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose N18, N19, I12.0\*, I13.1\*, I13.2\*, Z49.0-2, Z99.2

#### b. Umsetzungsinhalte „Früherkennungsprogramm“

Da die gängigen Kombi-Streifentests, welche Proteinurie und Hämaturie feststellen sollen, die Mikroalbuminurie (20 bis 200 mg/l) nicht erfassen, erfolgt eine Untersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen, mit dem der Albumin-Kreatinin-Quotient im ersten Morgenurin bestimmt wird.

Die Diagnose „diabetische Nephropathie“ kann mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn eine persistierende Albuminurie besteht, d. h. der Albumin/Kreatinin-Quotient im Urin bei Männern  $> 20$  mg/g und bei Frauen  $> 30$  mg/g beträgt; jeweils in zwei Proben in 2- bis 4-wöchigem Abstand gemessen. Wenn eine der Urinproben negativ und die andere positiv ist, ist eine 3. Urinprobe auf Albuminurie zu testen.

Die Messung der Kreatinin-Clearance oder die Abschätzung der glomerulären Funktion erfolgt mithilfe der Cockcroft-Gault- oder MDRD-Formel.

Eine konsiliarische Mitbetreuung erfolgt bei folgenden Kriterien:

- Proteinurie oder Mikroalbuminurie bei zwei Bestimmungen (Diabetiker:  $> 20$  mg/l Nicht-Diabetiker:  $> 200$  mg/l)
- Mikro- oder Makrohämaturie oder Erythrozyturie (nicht-urologisch) bei zwei Bestimmungen
- Arterielle Hypertonie: RR  $> 150/90$  mm Hg trotz Dreifach-Medikamentenkombination
- Verschlechterung der Nierenfunktion ( $> 5$  ml/min  $1,73$  m<sup>2</sup> pro Jahr)
- Morphologische Nierenveränderung

- Nierenspezifische Komorbiditäten bei eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> wie Anämie oder Störungen des Ca/Phosphat-Haushalts

Bei eingeschränkter Nierenfunktion werden alle Patienten vorgestellt:

- mit einer GFR von < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ab CKD-Stadium 3b), oder
- mit einer GFR von < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ab CKD-Stadium 3a) und gleichzeitigem Auftreten eines der obigen Kriterien (Proteinurie, Hämaturie, Hypertonie, morphologische Veränderungen, nierenspezifische Komorbiditäten)

Die Entwicklung und das Fortschreiten der diabetischen Nephropathie können beschleunigt werden durch:

- unzureichende Blutzuckereinstellung
- Hypertonie
- Rauchen
- evtl. Anämie
- erhöhte Eiweißzufuhr

Durch Beeinflussung dieser Faktoren soll die Entwicklung und/oder Progression der diabetischen Nephropathie verhindert oder zumindest verlangsamt werden. Hierzu wird der Betroffene umfassend über seine Situation aufgeklärt und mit ihm werden gemeinsam Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart.

#### c. Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Überprüft wird:

- HbA1C, Lipide,
- Monitoring des Blutdrucks (einschließlich Selbstkontrolle und evtl. 24-h-Blutdruckmessung),
- Serum-Kreatinin, Harnstoff und Kalium,
- Bestimmung der Albuminausscheidung,
- Berechnung oder Messung der Kreatinin-Clearance.

Ab dem Stadium 3 (Kreatinin-Clearance < 60 ml/min) zusätzlich:

- Hämoglobin, Hämatokrit,
- Serum-Phosphat, Serum-Kalzium,
- ggf. Parathormon.

Nephrologische Mitbetreuung ist bei Auftreten einer höhergradigen Niereninsuffizienz notwendig.

In diesem Zusammenhang wird das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue nachverfolgt und

die Ziele ggf. angepasst. Hierbei ist die höchstmögliche Adhärenz anzustreben. Ist eine Verschlechterung der chronischen Nierenkrankheit eingetreten, erfolgt insbesondere auch eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Besondere Versorgung Teilnahmeerklärung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

DAK-Gesundheit, Fachzentrum Ambulante Abrechnungen, Balingen Str. 80,  
72336 Balingen. Fax. Nr. 07433 96729-7004, E-Mail: igv@dak.de

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündige.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Leistungserbringer-Patienten-Verhältnis oder auch der Praxisschließung meines mich betreuenden Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.**

### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.
- ich mich über die teilnehmenden Leistungserbringer auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/120022DA025](http://www.dak.de/120022DA025) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Institutionskennzeichen (IK)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Besondere Versorgung (BesV) Teilnahmeerklärung

**Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und  
Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes**

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

**Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:**

KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover,  
per Fax 0511 80 684 684 oder Email an [BesV@kkh.de](mailto:BesV@kkh.de)

## Teilnahmeerklärung

### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- mir eine Versicherteninformation zu dem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich mich auch mit den dort genannten Inhalten einverstanden erkläre.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Teilnahme gebunden bin. Meine Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten jeweils Jahres automatisch um ein weiteres Jahr, sofern ich meine Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen kündige.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit außerordentlich kündigen kann. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder auch bei Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

### 2. Widerrufsrecht der Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.**

**Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.**

### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Ärzte in Anspruch nehme.
- ich mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen kann, falls ich mich für die Behandlung meiner Erkrankung nicht an die vorstehende Vorgabe halte.
- ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z. B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.
- ich mich über die teilnehmenden Ärzte auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern kann.

### 4. Einwilligungserklärung und Widerrufsrecht zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

**Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein. Das „Datenschutzmerkblatt“ habe ich gelesen und verstanden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.**

**Ich weiß, dass die Einwilligung zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung freiwillig und die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist. Ich kann meine Einwilligung jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt oder meiner Krankenkasse widerrufen. Eine Teilnahme ist dann jedoch nicht mehr möglich.**

**Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

#### Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte LANR und BSNR eintragen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Vom oben stehenden Datum abweichender Behandlungsbeginn		

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Bitte per Post senden an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort "Besondere Versorgung"  
85820 München



502038

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

#### I. Teilnahmeerklärung

##### Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Für den zu versorgenden Behandlungsfall bin ich bis zum Behandlungsende an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist bin ich für die Dauer von 12 Monaten an die Teilnahme gebunden. Danach kann ich meine Teilnahme jederzeit mit einer Frist von vier Wochen kündigen. In der Versicherteninformation zu diesem Versorgungsangebot wird das Behandlungsende näher erläutert. **Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und des Datenschutzmerkbllatts einverstanden.**

#### II. Einverständnis zur Datenverarbeitung

##### Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (alle Informationen, die sich auf mich beziehen) sowie Gesundheitsdaten (personenbezogene Daten, die sich auf meine Gesundheit beziehen). **Ich habe jederzeit das Recht**, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten nach sechs Jahren gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden. Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - Aufruf durch Eingabe des Webcodes 2019572 im Suchfeld. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Techniker Krankenkasse: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg; (E-Mail) [datschutz@tk.de](mailto:datschutz@tk.de).

##### Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

**Ich willige ein**, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung - personenbezogene Daten und Informationen zur Teilnahme - über folgende Einrichtung an die Techniker Krankenkasse übermittelt: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

##### Einwilligung in die Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dritte

**Ich bin damit einverstanden**, dass die Leistungserbringer meine personen- und versicherungsbezogenen Daten, Kontaktdaten, Teilnahmedaten sowie Leistungs- und Abrechnungsdaten an folgende - je nach meiner Einschreibung bzw. Behandlung - mit der Abrechnung beauftragten Einrichtung übermitteln: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg.

##### Widerrufsmöglichkeiten

**Ich kann meine Teilnahme beenden**, indem ich meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief an Techniker Krankenkasse, Stichwort "Besondere Versorgung", 85820 München; oder E-Mail an [service@tk.de](mailto:service@tk.de); oder Fax an 040 - 46 06 62 62 79) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufe. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absende.

**Sofern ein wichtiger Grund vorliegt**, kann ich meine Teilnahme unabhängig davon jederzeit in Textform beenden.

**Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen** - schriftlich (vgl. oben genannte Brief-Adresse), mündlich oder elektronisch (Fax oder E-Mail). Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Der Widerruf hat zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Für die Behandlung meiner Erkrankung kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

<p>Datum, Unterschrift des Versicherten (ab 15. Lebensjahr) und des gesetzlichen Vertreters (bis zum 18. Lebensjahr des Versicherten oder bei dessen gesetzlicher Vertretung)</p>	<p>Vertragsarztstempel</p>
---	----------------------------

## Besondere Versorgung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieser besonderen Versorgung

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

#### **Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

## **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Leistungserbringer an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der DAK-Gesundheit unter [www.dak.de/120022DA025](http://www.dak.de/120022DA025) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern.

## **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie ihre Teilnahme nicht zum Ende des Jahres mit einer Frist von vier Wochen kündigen.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxischließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

## **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

## Besondere Versorgung (BesV)

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

## Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilzunehmen.

Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

#### **Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):**

Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

#### **Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):**

Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

#### **Gefäßschädigungen (Angiopathie):**

Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

#### **Verfettung der Leber (Diabetesleber):**

Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

#### **Nierenschäden (Nephropathie):**

Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

## **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Notfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

Welche Ärzte an dieser besonderen Versorgung teilnehmen, können Sie auf der Homepage der KKH unter [www.kkh.de/frueherkennung-diabetes](http://www.kkh.de/frueherkennung-diabetes) nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei einem KKH-Servicezentrum anfordern.

## **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der KKH ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die KKH.

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die KKH Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

## **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Ihre Teilnahme verlängert sich nach Ablauf des ersten Jahres jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie Ihre Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen kündigen.

Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis, einer Praxisschließung oder der Beendigung der Vertragsteilnahme des beteiligten Arztes vor.

## **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt.

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über mich und meine Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen meiner Teilnahme zur optimalen Abstimmung meiner Behandlung zwischen den Ärzten erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde mir ausgehändigt.

# Versicherteninformation



## Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

### Informationen zur Teilnahme

#### Hochwertige Behandlung und Extraservices

Wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der "Besonderen Versorgung" interessieren. Durch die Teilnahme am erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung.

#### Inhalte und Ziele dieses Versorgungsvertrages

Als Folge des Diabetes mellitus können unterschiedliche Komplikationen auftreten, die anfangs kaum Beschwerden verursachen. Mit der Zeit können daraus aber schwerwiegende Krankheitszustände entstehen. Darum ist es wichtig, dass das Vorhandensein dieser Komplikationen in einem sehr frühen Stadium festgestellt wird und die richtige Behandlung gewählt wird, um das Fortschreiten dieser Erkrankungen zu vermeiden oder zumindest zu verzögern. Damit soll eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität für die Zukunft vermieden werden.

Dieser Versorgungsvertrag dient der rechtzeitig erfolgenden Behandlung der

**Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie):** Ihr Arzt wird durch verschiedene Untersuchungen erste Anzeichen eines Schadens der nervengesteuerten Hautsensibilität sowie Schweißsekretion erkennen.

**Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS):** Ein Tagebuch, das Sie für 48 Stunden führen, kann Ihrem Arzt erste Hinweise auf eine entstehende Harnblasenstörung geben.

**Gefäßschädigungen (Angiopathie):** Wie gut die Gefäße noch arbeiten, checkt Ihr Arzt durch spezifische Blutdruckmessungen.

**Verfettung der Leber (Diabetesleber):** Laboruntersuchungen und ein Ultraschall der Leber geben Auskunft über den Zustand des Organs. Die Verfettung ist der erste Schritt eines Schädigungsprozesses dieses Organes.

**Nierenschäden (Nephropathie):** Kranke Nieren bereiten lange keine Schmerzen. Deshalb ist es wichtig, dass der Arzt im Urin mit speziellen Teststreifen nach ersten Hinweisen sucht.

#### So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Konkrete Adressangaben finden Sie in der Teilnahmeerklärung. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absenden.

#### Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an Ihre Arztpraxis bzw. die Klinik gebunden, in der Sie behandelt werden. Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die besondere Versorgung gebunden sind. Danach können Sie Ihre Teilnahme jederzeit mit einer Frist von vier Wochen kündigen. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Sofern Sie Ihre Teilnahme aus einem wichtigen Grund beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax oder E-Mail) zuzusenden.

Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an die dargestellte Bindung halten. Ihre weitere Teilnahme wäre dann nur möglich, wenn Sie sich erneut mit einer Teilnahmeerklärung einschreiben und die Voraussetzungen für Ihre Teilnahme vorliegen. Für die Behandlung Ihrer Erkrankung können Sie weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) beanspruchen.

#### Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85.

Weitere Informationen über die "Besondere Versorgung" oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie in Ihrer Arztpraxis und auf [www.tk.de](http://www.tk.de).

## Besondere Versorgung

### Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Vertrags-Nr.:

**120022DA025**

## Datenschutzmerkblatt

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten (Name, Adressdaten, Versichertennummer, Diagnose nach ICD 10 (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen), Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen, Behandlungsdaten) von Ihrem einschreibenden Leistungserbringer erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die DAK-Gesundheit die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Vertragsarzt von Ihnen als Teilnehmerin/Teilnehmer erhebt und an die DAK-Gesundheit weiterleitet.

Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung und die DAK-Gesundheit, soweit die Informationen nach Maßgabe des § 140a SGB V für die Sicherstellung der erfolgreichen Durchführung der Vereinbarung über die besondere Versorgung und des Behandlungserfolgs erforderlich sind, einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an die DAK-Gesundheit weiter.

Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die DAK-Gesundheit behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit, Herrn Andreas Kant, überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

DAK-Gesundheit, Beauftragter für den Datenschutz

Nagelsweg 27 - 31 in 20097 Hamburg

[datenschutz@dak.de](mailto:datenschutz@dak.de)

Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter

[www.dak.de/datenschutz](http://www.dak.de/datenschutz)

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit zu wenden:

Husarenstraße 30 in 53117 Bonn

[poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

## **Besondere Versorgung (BesV)**

### **Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes**

Vertrags-Nr.:

**121022KK001**

## **Datenschutzmerkblatt**

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten (Name, Adressdaten, Versichertennummer, Diagnose nach ICD 10 (Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation für medizinische Diagnosen), Abrechnungspositionen über erbrachte medizinische Leistungen, Behandlungsdaten) von Ihrem einschreibenden Arzt erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Im Rahmen der Abrechnung der Versorgung benötigt die KKH die hierfür relevanten personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, wie Ihren Namen, Ihre Identifikationsnummer und das Einschreibdatum, die Ihr Arzt von Ihnen als Teilnehmer erhebt und über die Kassenärztliche Vereinigung als abrechnende Stelle an die KKH weiterleitet. Mit Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung, die im Rahmen der Abrechnung erforderlich ist, einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Weiter wird geschaut, ob die Daten zum richtigen Zeitpunkt erstellt und übermittelt worden sind. Anschließend erstellt die Annahme- und Abrechnungsstelle die korrekte Abrechnung und leitet diese an die KKH weiter. Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages zur Besonderen Versorgung nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes.

Die KKH behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und –verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften werden sämtlich eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht

den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der KKH (Kontakt: [datenschutz@kkh.de](mailto:datenschutz@kkh.de)) überwacht. Sollten Sie Fragen haben, so steht Ihnen der Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Rechtsgrundlage von §§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 i. V. m. 140a SGB V.

Weitergehende Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie ab dem 25.05.2018 unter: [www.kkh.de/datenschutz](http://www.kkh.de/datenschutz).

## Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

### Informationen zum Datenschutz

#### Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der "Besonderen Versorgung" mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

#### Datenverarbeitung zur Einschreibung

Die Leistungserbringer übermitteln Informationen zur Einschreibung - Ihre personenbezogenen Daten, Informationen zur Teilnahme und ggf. Abrechnungsdaten- über eine in der Teilnahmeerklärung angegebene Einrichtung an die Techniker Krankenkasse.

#### Datenübermittlung für Zwecke der Abrechnung durch Dienstleister

Die Leistungserbringer beauftragen auf Grundlage von § 295a SGB V eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Die Teilnahmeerklärung informiert Sie darüber, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

#### Umgang mit Ihren Daten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a Abs. 5 SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) erhoben, gespeichert und genutzt.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen. Ihre Teilnahmedaten werden bei der Techniker Krankenkasse regelmäßig sechs Jahre gespeichert und anschließend gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz bei der Techniker Krankenkasse gibt es auf [www.tk.de](http://www.tk.de) - bitte geben Sie zum Öffnen der Seite den Webcode 2019572 in das Suchfeld ein. Sie können unseren Datenschutzbeauftragten postalisch erreichen: Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg oder per E-Mail kontaktieren: [datenschutz@tk.de](mailto:datenschutz@tk.de).

Soweit Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer Sozialdaten haben, haben Sie das Recht der Beschwerde beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de) oder [poststelle@bfdi.de-mail.de](mailto:poststelle@bfdi.de-mail.de).

# Anlage 9

## Abrechnung

- Die Abrechnung der Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme erfolgt immer unter Angabe der Behandlungsdiagnosen mit den in der Tabelle aufgeführten ICD - 10 Diagnosennummern mit Diagnosesicherheit "G".
- Eine Abrechnung der verschiedenen Versorgungsprogramme ( ohne auffälligen Untersuchungsbefund / mit auffälligem Untersuchungsbefund / Weiterbetreuungsprogramm) für ein Modul in einem Quartal ist ausgeschlossen.
- Ebenfalls ausgeschlossen ist die Abrechnung von mehr als zwei Weiterbetreuungsprogrammen im selben Modul im Kalenderjahr.
- Im Jahr der Feststellung kann neben dem Versorgungsprogramm ohne bzw. mit auffälligem Untersuchungsbefund ein Weiterbetreuungsprogramm je Modul abgerechnet werden.
- Die Diabetesgrunderkrankung ist im Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund sowie im Weiterbetreuungsprogramm immer gemäß ICD - 10 - GM mit

**E1\*.4 G (Modul 1 und 2)**

**E1\*.5 G (Modul 3)**

**E1\*.6 G (Modul 4)**

**E1\*.2 G (Modul 5)** verschlüsselt.

**Zusätzlich ist der jeweilige ICD-Code aus der Abrechnungsliste anzugeben, welche die Komplikation näher beschreibt. (z.B. G63.2 in Modul 1)**

- Wird mehr als ein Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund oder Weiterbetreuungsprogramm bei einem Versicherten abgerechnet ist immer zusätzlich der ICD - 10 Kode E1\*.7 anzugeben. (Entfällt bei positiven Befund in den Modulen 1 und 2 und negativen in den anderen Modulen)
- Der **ICD Kode E1\*.7** ist ebenso immer anzugeben, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt werden.

Versorgungsfeld 1: Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

Modul 1	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93350	20 Euro	1 x im Krankheitsfall	E10.-G - E14.-G
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93351	20 Euro	1 x im Krankheitsfall. Im selben Krankheitsfall dürfen die Abrechnungsnummer 93350 und 93351 nicht nebeneinander abgerechnet werden.	Nur bei gesicherten Diagnosen G59.0, G63.2 oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 und ggf. oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Weiterbetreuungsprogramm	93352	20 Euro	2 x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der GOP 93351, jedoch nicht im selben Quartal /Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93351 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen G59.0, G 63.2 und/oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.
	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	93353	17 Euro	1 x neben der GOP 93350 oder 93351 abrechenbar.	

Versorgungsfeld 2: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus

Modul 2	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93354	20 Euro	1 x im Krankheitsfall	E10.G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnosen N31.1 oder N31.2
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93355	20 Euro	1 x im Krankheitsfall. Im selben Krankheitsfall dürfen die Abrechnungsnummer 93354 und 93355 nicht nebeneinander abgerechnet werden.	Nur bei gesicherten Diagnosen N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen
	Weiterbetreuungsprogramm	93356	20 Euro	2 x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der GOP 93355, jedoch nicht im selben Quartal /Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93355 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen.

Versorgungsfeld 3: Angiopathie bei Diabetes mellitus

Modul 3	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10	
	<b><u>Für Versicherte ab Vollendung des 50. Lebensjahr</u></b>					
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93357	20 Euro	1 x im Krankheitsfall	E10.G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnose I70.2-	
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93358	20 Euro	1 x im Krankheitsfall. Im selben Krankheitsfall dürfen die Abrechnungsnummer 93357 und 93358 nicht nebeneinander abgerechnet werden.	Nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- und zusätzlich E1* .5 und ggf. E1* .7 mit Kreuzkennzeichen	
Weiterbetreuungsprogramm	93359	20 Euro	2 x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der GOP 93358, jedoch nicht im selben Quartal /Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93358 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- und zusätzlich E1* .5 und ggf. E1* .7 mit Kreuzkennzeichen.		

Versorgungsfeld 4: Diabetesleber

Modul 4	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93360	20 Euro	1 x im Krankheitsfall	E10.G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnose K77.8
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93361	20 Euro	1 x im Krankheitsfall. Im selben Krankheitsfall dürfen die Abrechnungsnummer 93360 und 93361 nicht nebeneinander abgerechnet werden.	Nur bei gesicherter Diagnose K77.8 und zusätzlich E1* .6 und ggf. E1* .7 mit Kreuzkennzeichen.
	Weiterbetreuungsprogramm	93362	20 Euro	2 x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der GOP 93361, jedoch nicht im selben Quartal /Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93361 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherter Diagnose K77.8 und zusätzlich E1* .6 und ggf. E1* .7 mit Kreuzkennzeichen.

Versorgungsfeld 5: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Modul 5	Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD 10
	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	93363	20 Euro	1 x im Krankheitsfall	E10.G - E14.-G Bisher ohne gesicherte Diagnosen N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0-2, Z99.2.
	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	93364	20 Euro	1 x im Krankheitsfall. Im selben Krankheitsfall dürfen die Abrechnungsnummer 93363 und 93364 nicht nebeneinander abgerechnet werden.	Nur bei gesicherten Diagnosen N18.1 - N18.5 und zusätzlich E1*.2 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen
	Weiterbetreuungsprogramm	93365	20 Euro	2 x je Kalenderjahr (unterschiedliche Quartale) / im selben Kalenderjahr nur 1 x neben der GOP 93364, jedoch nicht im selben Quartal / Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93364 abgerechnet wurde.	Nur bei gesicherten Diagnosen N18.1 - N18.5 und zusätzlich E1*.2 und ggf. E1*.7 mit Kreuzkennzeichen
	Teststreifen Mikroalbuminurie	93366	2 Euro	1 x neben der GOP 93363 oder 93364 abrechenbar.	

## **Anlage 10**

**zum Vertrag nach über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der KKH und der Techniker Krankenkasse**

## Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

### **zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit sowie der KKH und der Techniker Krankenkasse**

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

(1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt des o. g. Vertrages informiert.

(2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.

(3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.

(4) Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Hamburg,
- die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Hamburg mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit, die KKH und die Techniker Krankenkasse sowie der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg, der KKH, der Techniker Krankenkasse sowie der DAK-Gesundheit bin ich einverstanden.

---

Ort, Datum Unterschrift

---

Vertragsarztstempel

#### **Wichtig:**

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften muss jedes Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine eigene Teilnahmeerklärung übermitteln!