

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
Heidenkampsweg 99
20097 Hamburg

- nachfolgend KV Hamburg genannt -

vom 1. Oktober 2016

Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung
des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme des Hausarztes**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**
- § 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 Hausarztes

1. Teilnehmen können alle im Bereich der KV Hamburg zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V zugelassenen Hausärzte sowie angestellten Hausärzte. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung

auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungs-gemeinschaft 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 Hausärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - Der Hausarzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal
 - Der Hausarzt 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 Hausarzt 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 Hausarztes 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 Hausarztes endet ferner mit dem Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

1. Der Hausarzt 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 Hausarzt 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 Hausarzt, 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 Hausarzt 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 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 Hausarzt 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 Hausarztes 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 Hausärzte entgegen und rechnet diese ab.

3. Die KV Hamburg vergütet die Leistungen der Hausärzte 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 Hausärzte 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 Hausarzt 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 §106 a 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 ≥ 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 Arterteriendruck“. 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 m² pro Jahr)
- Morphologische Nierenveränderung

- Nierenspezifische Komorbiditäten bei eGFR < 60 ml/min/1,73 m² wie Anämie oder Störungen des Ca/Phosphat-Haushalts

Bei eingeschränkter Nierenfunktion werden alle Patienten vorgestellt:

- mit einer GFR von < 45 ml/min/1,73 m² (ab CKD-Stadium 3b), oder
- mit einer GFR von < 60 ml/min/1,73 m² (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. 069 7104227- 6004, E-Mail: igv@dak.de

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser besonderen Versorgung informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes dagegen jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.

ich über Nachfolgendes informiert wurde:

- **Textbaustein (Alternative 1):** Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist keine Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung oder
- **Textbaustein (Alternative 2):** Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt: Angabe Kündigungsfrist.

2. Widerrufsrecht

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 Leistungserbringer 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 und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss.
- 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 informieren oder mir eine aktuelle Liste der teilnehmenden Leistungserbringer bei einem DAK-Servicezentrum anfordern kann.

4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein und habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.

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

Institutionskennzeichen (IK)

Datum

Unterschrift, Stempel

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 diabetischen Nervenschädigung (Neuropathie), der Gefäßschädigung (Angiopathie), der Störung der Harnblasenentleerung (neurogene Blase bzw. Blasenatonie), der Schädigung der Leber (Diabetesleber), sowie der chronischen Nierenkrankheit (Niereninsuffizienz).

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Im Rahmen dieser Versorgung sind Sie für die Dauer Ihrer Teilnahme verpflichtet, ausschließlich die vertraglich gebundenen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Verstoßen Sie während Ihrer Teilnahme gegen diese Verpflichtung, sind bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten von Ihnen selbst zu tragen. 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 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

Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind Sie für die Dauer der besonderen Versorgung an die Teilnahme gebunden.

Handelt es sich bei der von Ihnen gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung, z. B. bei einer chronischen Erkrankung, besteht für Sie die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist. Details dazu finden Sie unter Punkt 1 der Teilnahmeerklärung.

Sie können Ihre Teilnahme jedoch bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen. Ein wichtiger Grund liegt z. B. bei einem Wohnortwechsel 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 Merkblatt zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt.

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 Behandlungsdaten von Ihrem betreuenden Arzt 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 Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) 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 Leistungserbringer 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 §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der DAK-Gesundheit überwacht.

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	
	<u>Für Versicherte ab Vollendung des 50. Lebensjahr</u>					
	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 93366, jedoch nicht im selben Quartal /Nur abrechenbar, wenn in einem vorhergehenden Quartal die GOP 93363 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

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

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 und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift

Vertragsarztstempel

Wichtig:

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