

Lesefassung

mit Stand 01.10.2017 zum

Vertrag

- inklusive der fünften Änderung -

**über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von
Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der
Grundlage § 73c SGB V**

zwischen der

DAK-Gesundheit

Vertragsgebiet Schleswig-Holstein

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

(nachfolgend KVSH genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme des Vertragsarztes**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte**
- § 5 Aufgaben der KVSH**
- § 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit**
- § 7 Qualitätssicherung, Beirat, Exklusivität**
- § 8 Vergütung**
- § 9 Wirtschaftlichkeit und Abrechnung**
- § 10 Bereinigung**
- § 11 Datenschutz**
- § 12 Geheimhaltung**
- § 13 Inkrafttreten und Kündigung**
- § 14 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 6a Versicherteninformation**
- Anlage 6b Datenschutzmerkblatt**
- Anlage 7 Teilnahmeerklärung der Versicherten**
- Anlage 8 Teilnahmeerklärung des Arztes**
- Anlage 9 Vergütung**

Präambel

Gemäß „Deutschem Gesundheitsbericht Diabetes 2014“ geben derzeit etwa 6 Millionen Menschen in Deutschland an, dass bei ihnen ein Diabetes diagnostiziert wurde. Vergleicht man die Schätzungen aus der DEGS 1-Studie mit dem methodengleichen Bundesgesundheitsurvey von 1998 des RKI ist die Diabetesprävalenz innerhalb der letzten Dekade von 5,2 auf 7,2 Prozent angestiegen. Nach diesem Trend ist zu erwarten, dass die bereits hohe Anzahl an Diabetikern auch in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen wird.

In der Einleitung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 24 „Diabetes mellitus“ heißt es: „Der Diabetes mellitus hat eine erhebliche gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung. Diese ergibt sich aus der Erkrankungshäufigkeit, der erhöhten Sterblichkeit vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie den diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die mit der Gefahr von Erblindung, Dialysepflicht und Amputation von Gliedmaßen einhergehen können.“

Damit ist der Diabetes eine Erkrankung, die mit weitreichenden Belastungen für Betroffene verbunden ist. Er ist zudem ein wesentlicher Faktor für eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen.

Es ist davon auszugehen, dass schwerere Verläufe des Diabetes zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten.

Das Disease-Management-Programm „Diabetes mellitus“ stellt bereits einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung eines schwerwiegenden Krankheitsverlaufes dar. Darüber hinaus existieren aber auch dort noch nicht berücksichtigte, dennoch medizinisch relevante Folgeerkrankungen sowie zusätzliche, neue Untersuchungstechniken der diabetestypischen Komplikationen, deren Einsatz über den erwartbaren Umfang der Regelversorgung hinausgehen.

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potenzielle Versorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit Diabetes mellitus verbessert 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

(1) 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.

- (2) Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.
- (3) Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme gemäß den Anlagen 1 bis 5.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit, 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 Teilnahmebedingungen erfüllen.
- (2) Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 7. Die Teilnahme an der Versorgung gemäß diesem Vertrag ist freiwillig.
- (3) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. 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.
- (4) Nach Ablauf der Widerrufsfrist besteht eine Mindestbindungsfrist von 12 Monaten. Nach Ablauf dieser Frist kann die Teilnahme mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende gekündigt werden. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit einer Kündigung aus wichtigem Grund (siehe Versicherteninformation gemäß Anlage 6a).
- (5) Die Versicherten können bei vorliegenden Komorbiditäten an mehreren Modulen gleichzeitig teilnehmen.
- (6) Die Teilnahme des Versicherten endet:
 1. mit dem Ende des Vertrages,
 2. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der DAK-Gesundheit bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 3. wenn der behandelnde Arzt des Versicherten nicht mehr am Vertrag teilnimmt.

§ 3 Teilnahme des Vertragsarztes

- (1) Teilnehmen können alle zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V berechtigten Ärzte und angestellte Vertragsärzte, soweit sie gem. § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Teilnahmeberechtigt sind weiterhin alle zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V im Bereich der KVSH zugelassenen und berechtigten fachärztlichen Internisten, mit einer Genehmigung zur Teilnahme am DMP Diabetes mellitus. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassungen sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein.
- (2) Die Teilnahme ist gemäß Anlage 8 schriftlich bei der KVSH zu beantragen.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte müssen die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:
 1. Der teilnehmende Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal. Die KVSH behält sich eine stichprobenartige Prüfung vor.
 2. 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.
 3. Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, sofern er diese persönlich erbringt.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Die Leistungen können frühestens mit der Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag erbracht und abgerechnet werden.
- (5) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:
 1. wenn die Teilnahme am Vertrag mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVSH gekündigt wird.
 2. Automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag zwischen der DAK-Gesundheit und der KVSH endet.
 3. mit dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

- (1) Der teilnehmende Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist sie auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Leistungen hin und schreibt die Versicherten in das Versorgungsprogramm ein.

- (2) Der Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung (Anlage 7) aus und händigt ihm die Versicherteninformation (Anlage 6a) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 6b) aus. Er übermittelt die Teilnahmeerklärung (im Original) zeitnah an die DAK-Gesundheit. Die Teilnahmeerklärung muss spätestens zum Zeitpunkt der Quartalsabrechnung vorliegen.
- (3) Der teilnehmende Arzt, sofern er am DMP Diabetes mellitus teilnimmt, schreibt den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen und Zustimmung durch den Versicherten in das DMP Diabetes mellitus ein und erbringt bei dem Versicherten die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme.
- (4) Unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme führt der Arzt bei jedem teilnehmenden Versicherten zusätzlich ein Basisuntersuchungsprogramm durch. Dieses beinhaltet folgende Leistungen:
 - a. Anamnese
 - b. Erhebung des Ganzkörperstatus
 - c. Allgemeine Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung
- (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 BSNR 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 5 in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit 2-mal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt.
- (7) Ergeben die Untersuchungen der Versorgungsprogramme keine gesicherten Diagnosen nach den Anlagen 1 bis 5, kann der Versicherte weiterhin am Vertrag teilnehmen. Der teilnehmende Arzt kann nach Ablauf von 3 Quartalen die Untersuchungen des Versorgungsprogramms erneut durchführen.
- (8) Der Arzt hält die erforderlichen Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung sowie geeignete Teststreifen zur Feststellung einer Mikroalbuminurie in seiner Praxis vor. Er rechnet diese bei Verwendung am Versicherten über die zugehörige Gebührenordnungsposition nach Anlage 9 ab. Ein Bezug über Sprechstundenbedarf bzw. Verordnung auf Namen des Patienten (Einzelverordnung) ist unzulässig.

§ 5 Aufgaben der KVSH

- (1) Die KVSH informiert jährlich zwei Monate vor Beginn eines Vertragsjahres sowie im ersten Vertragsjahr frühestmöglich nach Vertragsunterzeichnung über den genauen Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Ärzte hin.
- (2) Die KVSH führt die Abrechnung im Rahmen dieses Vertrages durch. Die KVSH ist berechtigt, gegenüber den Ärzten die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen. Bei Nichterfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungsinhalte und Teilnahmevoraussetzungen durch den Arzt, besteht für diesen kein Vergütungsanspruch.
- (3) Die KVSH 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 KVSH, 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 KVSH weist die teilnehmenden Ärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
- (4) Mit der Information über den genauen Inhalt dieses Vertrages nach Absatz 1 berät die KVSH die teilnehmenden Ärzte über die Beschaffung der benötigten Sachmittel.
- (5) Sofern identische Leistungsmodule in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt das jeweilige Leistungsmodul nur einmalig je Versicherten abrechnen.
- (6) Die KVSH übermittelt quartalsweise eine Aufstellung der teilnehmenden Ärzte an die DAK-Gesundheit.
- (7) Die KVSH stellt die Teilnahmeerklärung für die Ärzte zur Verfügung (Anlage 8).

§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit

- (1) Die DAK-Gesundheit informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsprogramms.
- (2) Die DAK-Gesundheit stellt die Teilnahmeerklärungen, die Versicherteninformation sowie das Datenschutzmerkblatt für die Versicherten zur Verfügung (Anlagen 6a, 6b und 7).
- (3) Die DAK-Gesundheit führt das Widerspruchsverfahren der Versicherten durch.

- (4) Die DAK-Gesundheit zahlt die vereinbarten Vergütungssätze außerhalb der morbiditätsbedingten Vergütung an die KVSH.

§ 7 Qualitätssicherung, Beirat, Exklusivität

- (1) Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.
- (2) Zur Durchführung und einer sukzessiven Weiterentwicklung dieses Vertrages, insbesondere im Hinblick auf etwaige weitere Versorgungsmodule, wird ein Beirat gebildet. Der Beirat wird paritätisch aus Vertretern der DAK-Gesundheit und der KVSH besetzt. Der Beirat tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.
- (3) Die Vertragsparteien vereinbaren für das erste Kalenderjahr nach Vertragsabschluss Exklusivität. Die KVSH darf in dieser Zeit keinen gleichlautenden oder vergleichbaren Vertrag mit einer anderen Krankenkasse abschließen.
- (4) Sollte die DAK-Gesundheit in einem anderen KV-Bezirk die Leistungen dieses Vertrages mit einer höheren Vergütung vereinbaren, steht der KVSH ein Recht auf Nachbesserung der Vergütung zu. Diese Nachbesserungsklausel gilt, wenn nach Abzug etwaiger Bereinigungssummen und der Sachmittelaufwendungen nach § 8 Abs. 4, jährlich eine höhere Vergütung als 40,00 Euro je Versicherten und pro Versorgungsfeld erzielt werden kann. Näheres bestimmt der Beirat.

§ 8 Vergütung

- (1) Mit seiner Abrechnung erhält der Arzt je abgerechneter Leistungsziffer extra-budgetär eine Vergütung in Höhe von jeweils 20,00 Euro für das Versorgungsprogramm und 20,00 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms.
- (2) Für seine Leistungen nach § 4 Abs. 4 erhält der Arzt einmalig im Kalenderjahr pro teilnehmenden Versicherten eine Gutschrift in Höhe von 2,50 Euro, sofern gegenüber dem teilnehmenden Versicherten zusätzlich mindestens eine Leistung nach § 4 Abs. 5 und/oder 6 erbracht und abgerechnet wurde. Eine Verrechnung dieser Vergütung mit dem in § 10 vereinbarten Bereinigungsbetrag ist möglich.
- (3) Für seine Leistungen rechnet der Arzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 5 und 6 jeweils einmalig bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, die Leistungsziffern entsprechend der jeweiligen Anlage unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM, Diagnosesicherheit „G“ gegenüber der KVSH ab.
- (4) Für den Bezug eines Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung wird bei Angabe der Sachmittelziffer 99290D ein Betrag in Höhe von 17,00 Euro vergütet.

Für die Mikroalbuminurieteststreifen wird bei Angabe der Sachmittelziffer 99290Q ein Betrag in Höhe von 2,00 Euro vergütet. Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die DAK-Gesundheit in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt möglich.

- (5) Die nach diesem Vertrag abrechenbaren Leistungen sowie deren Vergütung sind in Anlage 9 aufgeführt.

§ 9 Wirtschaftlichkeit und Abrechnung

- (1) Die teilnehmenden Ärzte unterliegen auch im Rahmen der Leistungen aus diesem Vertrag der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung gemäß §§ 106 und 106a SGB V.
- (2) Die Rechnungsstellung erfolgt unter Nennung der jeweiligen Pseudoziffern unter Kontenart 409 über Formblatt 3. Die abgerechneten Leistungen dieses Vertrages werden im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 ausgewiesen. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
- (3) Die erbrachten Leistungen dieses Vertrages sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der Quartalsabrechnung über die KVSH abzurechnen.
- (4) Die KVSH erfasst die von den teilnehmenden Ärzten abgerechneten Leistungen kalendervierteljährlich und rechnet sie mit der DAK-Gesundheit ab.

§ 10 Bereinigung

- (1) Eine arzt- und kassenseitige Bereinigung der Vergütung aus dem EBM findet statt. Die Bereinigung erfolgt im Rahmen des jeweiligen Behandlungsfalles je gutgeschriebener Leistung nach § 4 Abs.4. Der zu bereinigende Betrag ergibt sich aus § 8 Abs. 2. Die Summe der Bereinigungsbeträge wird mit der DAK-Gesundheit mit der KV-Abrechnung verrechnet.

§ 11 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.

§ 12 Geheimhaltung

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren Vertraulichkeit über den Inhalt dieses Vertrages. Die Kommunikation gegenüber Dritten erfolgt nur nach gemeinsamer Absprache.

§ 13 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2014 in Kraft.
- (2) Sie verlängert sich um jeweils ein Kalenderjahr, sofern sie nicht mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei gekündigt wird.
- (3) Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn
1. ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt.
 2. 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.

§ 14 Salvatorische Klausel

- (1) 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.