

Vertrag

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

zwischen der

DAK-Gesundheit

Landesvertretung Nordrhein-Westfalen
Graf-Adolf-Str. 89, 40210 Düsseldorf

Kaufmännische Krankenkasse - KKH
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover

- nachfolgend „KRANKENKASSE“ genannt -

und der

Ärztegenossenschaft Nord eG

Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg

- nachfolgend „äg Nord“ genannt -

in Kooperation mit:



Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen e.V.

Am Stadtgarten 3, 44575 Castrop-Rauxel

- nachfolgend „LPNRW“ genannt -

Vertragsnummer: 121382DA020

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1	Ziel und Gegenstand des Vertrages
§ 2	Teilnahme der Versicherten
§ 3	Teilnahme des Arztes
§ 4	Aufgaben des teilnehmenden Arztes
§ 5	Aufgaben der äg Nord
§ 6	Aufgaben der KRANKENKASSE
§ 7	Aufgaben des LPNRW
§ 8	Grundsätze der Abrechnung
§ 9	Abrechnung zwischen Arzt und äg Nord
§ 10	Abrechnung zwischen äg Nord und KRANKENKASSE
§ 11	Vergütung
§ 12	Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
§ 13	Beitritt von Krankenkassen
§ 14	Datenschutz
§ 15	Salvatorische Klausel
§ 16	Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten
Anlage 2	Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“: LUTS (lower urinary tract symptoms)
Anlage 3	Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“: Angiopathie
Anlage 4	Versorgungsfeld „Diabetesleber“
Anlage 5	Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“: Chronische Nierenkrankheit
Anlage 6	Teilnahmeerklärung der Versicherten
Anlage 7	Versicherteninformation
Anlage 8	Datenschutzmerkblatt
Anlage 9	Abrechnung und Vergütung
Anlage 9a	Abrechnungsbogen Arzt – äg Nord
Anlage 10	Teilnahmeerklärung des Arztes
Anlage 11	Miktionstagebuch
Anlage 12	Prozessablaufdiagramm, Übersicht
Anlage 13	Technische Anlage
Anlage 14	Beitrittserklärung Krankenkassen

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 Screeningprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.

Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsfelder gemäß der Anlagen 1 bis 5 (entspricht: Module 1 bis 5).

§ 2 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der KRANKENKASSE, die sich aufgrund ihrer Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern nach den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen spezifischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 6). Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt¹ über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde und die Versicherteninformation (Anlage 7) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 8) erhalten hat.
- (3) Das Original der Teilnahmeerklärung wird durch den teilnehmenden Arzt innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung an die äg Nord übersandt. Die KRANKENKASSE und die äg Nord verständigen sich über die Art und das Format der Weiterleitung der Patiententeilnahmeerklärung (Anlage 13). Eine Kopie der Teilnahmeerklärung erhält der Patient.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen. Im Folgenden wird einheitlich der Begriff „Arzt“ verwendet.

- (4) Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der KRANKENKASSE ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkassen.
- (5) Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten, werden die vom teilnehmenden Arzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs erbrachten Leistungen gemäß Vertrag von der KRANKENKASSE vergütet.
- (6) Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der KRANKENKASSE kündigen. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch um jeweils ein Jahr. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der KRANKENKASSE außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
- (7) Sofern der teilnehmende Versicherte gegen die vertraglich vereinbarten Pflichten verstößt, kann die KRANKENKASSE diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.
- (8) Die KRANKENKASSE informiert den teilnehmenden Arzt und die äg Nord zeitnah sowohl über die Kündigung mit Teilnahmeende des Versicherten als auch über den Widerruf des Versicherten. Über die Art und das Format dieser Informationsübermittlung an die äg Nord stimmen sich die Vertragspartner ab (Anlage 13).
- (9) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus
 - a) mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung nach Absatz 1,
 - b) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - c) mit dem Ende dieses Vertrages.

§ 3 Teilnahme des Arztes

- (1) Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig. An diesem Vertrag können alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach § 73 Abs. 1 a SGB V zugelassenen, angestellten oder ermächtigten Ärzte sowie zugelassenen und ermächtigten fachärztlich tätigen Internisten teilnehmen, die die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen.
- (2) Die Teilnahme ist schriftlich bei der äg Nord (Anlage 10) zu beantragen.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten (GKV) mit Diabetes mellitus pro Quartal.

- b. Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung bzw. Genehmigung. Für die Durchführung der Doppelsonographie (Anlage 3) und/oder der Ultraschalluntersuchung (Anlage 4) ist eine Beauftragung durch Überweisung möglich.
 - c. Der Arzt macht sich durch regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungsmethoden dieses Vertrages vertraut.
- (4) Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Beitrittserklärung, wenn die Voraussetzungen erfüllt werden
 - (5) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmezustand, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der äg Nord mitzuteilen.
 - (6) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der äg Nord mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
 - (7) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - der Feststellung der äg Nord oder KRANKENKASSE, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gem. § 11,
 - dem Ende dieses Vertrages.

§ 4

Aufgaben des teilnehmenden Arztes

- (1) Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Leistungen hin.
- (2) Der Arzt berät den Versicherten umfassend über diese besondere Versorgung und übermittelt die Teilnahmeerklärung (Anlage 6) gemäß § 2 Abs. 3.
- (3) Die jeweiligen Screeningprogramme (Anlagen 1 bis 5) können bei einem teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sind. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den vier vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden. Eine Wiederholung der Screeningprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

- (4) Die Weiterbetreuungsprogramme nach den Anlagen 1 bis 5 können bei einem teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des jeweiligen Screeningprogramms in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm kann maximal zweimal im Kalenderjahr - in jeweils unterschiedlichen Quartalen – durchgeführt werden.

§ 5 Aufgaben der äg Nord

- (1) Die äg Nord informiert die Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages und über die Beschaffungsmöglichkeiten der benötigten Sachmittel.
- (2) Die äg Nord erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Dieses sendet die äg stellt dieses der KRANKENKASSE entsprechend der Technischen Anlage (Anlage 13) zur Verfügung.
- (3) Die äg Nord erstellt ein Verzeichnis der teilnehmenden Versicherten und stellt dieses der KRANKENKASSE entsprechend der Technischen Anlage (Anlage 13) zur Verfügung.

§ 6 Aufgaben der KRANKENKASSE

- (1) Die KRANKENKASSE informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsvertrages.
- (2) Die KRANKENKASSE prüft die Teilnahmeberechtigungen der Versicherten und übersendet der äg Nord das Teilnahmeverzeichnis gem. der Technischen Anlage (Anlage 13).

§ 7 Aufgaben des LPNRW

Der LPNRW informiert seine Mitglieder bzw. interessierte Ärzte mittels der ihnen zur Verfügung stehenden Medien (Homepage, Publikationen etc.) und im Rahmen von Veranstaltungen über die Vertragsinhalte und die Möglichkeit der Teilnahme an diesem Vertrag

§ 8 Grundsätze der Abrechnung

- (1) Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage nach § 295 Abs. 1b SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden gesicherten Diagnosen ist maßgeblich und Voraussetzung für die Abrechnungsprüfung der Vergütungen nach diesem Vertrag.

- (2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.
- (3) Es sind alle Indikationen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.
- (4) Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10-GM angegeben.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Falle von Änderungen des ICD-10-GM umgehend dieser Vertrag einvernehmlich angepasst wird.

§ 9

Abrechnung zwischen dem Arzt und der äg Nord

- (1) Die Abrechnung des Arztes erfolgt gegenüber der äg Nord gemäß Anlage 9a.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in der Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Entgeltschlüsseln und Vergütungsbeträgen.
- (4) Der Arzt erhält im Rahmen der Abrechnung dieses Selektivvertrages einen gesonderten Auszahlungsnachweis über die vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- (5) Die äg Nord stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Teilnahme des Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Patiententeilnahmevoraussetzungen.
- (6) Die äg Nord erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag Verwaltungskosten.

§ 10

Abrechnung zwischen der äg Nord und der KRANKENKASSE

- (1) Für die Rechnungslegung der ambulant ärztlichen Leistungen aus diesem Vertrag gelten die Bestimmungen des § 295 Abs. 1b Satz 2 SGB V in Verbindung mit der jeweils gültigen Technischen Anlage zu den diesbezüglichen Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes.

- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Entgeltschlüsseln und Vergütungsbeträgen.
- (3) Die äg Nord prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Die Abrechnung der Vergütung von Leistungen aus diesem Vertrag durch die äg Nord gegenüber der KRANKENKASSE erfolgt fortlaufend.
- (4) Die Bezahlung der Rechnung seitens der KRANKENKASSE erfolgt innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang der Abrechnungsunterlagen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut.
- (5) Die KRANKENKASSE behält sich vor, die abgerechneten Leistungen zu überprüfen. Das Prüfrecht der KRANKENKASSE umfasst sowohl die Abrechnungs- als auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- (6) Eine Rechnungsstellung gegenüber der Versicherten über Leistungen aus diesem Vertrag ist ausgeschlossen.

§11 Vergütung

- (1) Die Vergütungen der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt durch die KRANKENKASSE außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 5 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- (1) Die Vertragspartner können bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann, folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
 - Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.
- (2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der KRANKENKASSE möglich.

§ 13 Beitritt von Krankenkassen

Der Beitritt von Krankenkassen ist frühestens zum 30.06.2020 möglich. Der Beitritt ist den Vertragspartnern schriftlich (Anlage 14) anzuzeigen. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch zum 1. des Folgequartals. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweiligen gültigen Fassung akzeptiert.

§ 14 Datenschutz

- (1) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ggf. ergänzend das Bundesdatenschutzgesetz n. F. einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.
- (2) Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (3) Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.
- (4) Der Vertragspartner verpflichten sich, im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung diesen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufzuklären. Der behandelnde Leistungserbringer verpflichtet sich darüber hinaus aus der gemeinsamen Dokumentation die den Versicherten (Patienten) betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abzurufen, wenn der Versicherte (Patient) ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist und genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.
- (5) Soweit der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat er sicherzustellen, dass die in §§ 295a Abs. 2 S. 2, 295a Abs. 1 S. 2 SGB V und Art. 28 DS-GVO genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
- (6) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation medizinischer Daten durch einen Versicherten

(Patienten) werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten (Patienten) gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

- (7) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten (Patienten) nicht zulassen.
- (8) Sollte der Vertragspartner diesen Vertrag auch im Namen seiner Mitglieder/Partner abschließen oder einer dieser Mitglieder/Partner diesem Vertrag beitreten oder bedient sich der Vertragspartner eines Dritten, so stellt er sicher, dass diese die oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.
- (9) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. In diesem Falle verpflichten sich die Vertragsparteien, eine neue Regelung zu treffen, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2020 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber den anderen Vertragsparteien von jeder anderen Vertragspartei separat gekündigt werden. Frühestmöglicher Kündigungsstermin ist der 31.12.2020.
- (3) Ein Recht zur außerordentlichen Kündigung ist gegeben, wenn
 - a. ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
 - b. 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.

Düsseldorf, Hannover, Bad Segeberg, den

Ärztegenossenschaft Nord eG
Vorstand

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

.....
Dr. Klaus Bittmann

.....
Klaus Overdiek
Leiter der Landesvertretung

Ärztegenossenschaft Nord eG
Vorstand

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

.....
Dr. Svante Gehring

.....
Corinna Beutel
Bereichsleitung

Kooperationspartnerschaft:

Landesverband Praxisnetze Nordrhein-Westfalen e.V.
Vorstand, 1. Vorsitzender LPNRW

.....
Frank Westerhaus

Anlage 1

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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 Screeningprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der KRANKENKASSE mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) und ohne bekannte Diagnose E1_.4-G und/oder G59.0*, G63.2*, G99.0*.

b. Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

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 beidseitig 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

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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 Screeningprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der KRANKENKASSE mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) ohne bekannte Diagnose N31.1 oder N31.2. Die Maßnahme richtet sich explizit auch an Versicherte mit bereits bekannten anderen neurologischen Komplikationen.

b. Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

Es erfolgt eine gezielte Befragung mit folgendem Inhalt:

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

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

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

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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 Screeningprogramm für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der KRANKENKASSE mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das **50. Lebensjahr** vollendet haben.

b. Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

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. Die ABI-Methode kann auch mit einem Taschendoppler durchgeführt werden.

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

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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 das Screeningprogramm Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der KRANKENKASSE mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) und ohne bekannte Diagnose K77.8*

b. Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

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

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

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 das Screeningprogramm Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der KRANKENKASSE mit gesicherter Diabetesdiagnose (E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-) und ohne bekannte Diagnose N18.-, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.0-2, Z99.2

b. Umsetzungsinhalte „Screeningprogram-“

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 $< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (ab CKD-Stadium 3b), oder
- mit einer GFR von $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (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 $< 60 \text{ ml/min}$) 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 (BesV) Teilnahmeerklärung

Vertrag nach § 140a SGB V

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

Vertragskennzeichen:

121382DA020

Bitte senden Sie die Teilnahmeerklärung an folgende Adresse:

Ärztegenossenschaft Nord eG, Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad
Segeberg

Teilnahmeerklärung

1. Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung

Ich möchte an diesem Behandlungsangebot im Rahmen der besonderen Versorgung teilnehmen. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über den daran beteiligten Arzt informiert. Mit der Behandlung durch den beteiligten Arzt bin ich einverstanden. Ich wurde über den Zweck der Teilnahme aufgeklärt. Mit meiner Teilnahme bin ich bis zum Behandlungsende an den beteiligten Arzt gebunden. In dem Informationsblatt zum Angebot werden das Behandlungsende und die regulären Kündigungsmöglichkeiten näher erläutert. Ich bin mit dem Inhalt der Versicherteninformation und dem Informationsblatt zum Angebot einverstanden.

Meine Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach Unterschrift ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei meiner Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der genannten zwei Wochen an meine Krankenkasse absende. Die Kontaktdaten meiner Krankenkasse finde ich im Datenschutzmerkblatt.

Eine außerordentliche Beendigung meiner Teilnahme nach Ende der Widerrufsfrist kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen. Diese Gründe finde ich in der Versicherteninformation. Meine Teilnahme endet in jedem Fall automatisch, wenn mein Versicherungsverhältnis bei meiner Krankenkasse endet oder der Vertrag über die besondere Versorgung beendet wird.

2. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Einwilligung zum Umgang mit meinen Daten

Ich habe mit der Versicherteninformation schriftlich Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert und verarbeitet werden und dass die Einwilligung freiwillig ist. **Ich habe die Information zur Kenntnis genommen und willige in die Datenverarbeitung ein.**

Ich habe jederzeit das Recht, meine Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen und die Berichtigung, Einschränkung, Übertragung und Löschung zu veranlassen. Regelmäßig werden die gespeicherten Daten der Krankenkassen – spätestens nach 6 Jahren – gelöscht, wenn sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Widerrufsmöglichkeit

Meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft bei meiner Krankenkasse widerrufen (Kontakt Daten siehe Versicherteninformation). Die freiwillige Einwilligung zur Verwendung meiner Daten ist jedoch Voraussetzung für eine Teilnahme am Versorgungsangebot. Mein Widerruf hat somit zur Folge, dass ich nicht mehr an diesem Versorgungsangebot teilnehmen kann. Aufgrund meiner vorherigen Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zu meinem Widerruf nicht berührt. Für die Behandlung anderer Erkrankungen kann ich weiterhin die Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch nehmen.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme an der besonderen Versorgung (1.) sowie mein Einverständnis zur Datenverarbeitung (2.) und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Versicherten

Vom einschreibenden Arzt auszufüllen

LANR / BSNR

Ich bestätige, dass ich für die vorgenannte Versicherte oder den Versicherten die sich aus dem Vertrag gemäß § 140a SGB V ergebenden besonderen Aufgaben wahrnehme und die Versicherte oder den Versicherten über die Behandlungen, Ziele, Rechte und Pflichten sowie die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung, Übermittlung und Nutzung der Daten im Rahmen der Teilnahme an der besonderen Versorgung umfassend aufgeklärt habe.

_____ Datum

_____ Unterschrift, Stempel

„Besondere Versorgung (BesV)“

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

Versicherteninformation

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Vertrag über die frühzeitige 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)
- Beschwerden des unteren Harntraktes (LUTS)
- Gefäßschädigungen (Angiopathie)
- Verfettung der Leber (Diabetesleber)
- Nierenschäden (Nephropathie):

Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden Arzt 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 Ihrer Krankenkasse unter www.kkh.de/frueherkennung-diabetes oder www.dak.de/121382DA020 nachlesen oder sich eine aktuelle Liste der teilnehmenden Ärzte bei Ihrer Krankenkasse anfordern.

Widerruf

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

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn Ihre Krankenkasse 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.

Sie können Ihre Teilnahme außerdem jederzeit außerordentlich kündigen, sofern z.B. einer der folgenden wichtigen Gründe vorliegt:

- Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode ist nicht mehr vorhanden,
- Ihr Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt ist gestört
- Sie können Ihren Arzt aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen.

Während der Behandlung Ihrer Erkrankung sind Sie bis zum Behandlungsende an den Arzt gebunden. Bitte beachten Sie, dass Sie nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich nicht an diese Bindung halten. Bei einer unberechtigten Inanspruchnahme von Ärzten, die nicht an diesem Vertrag teilnehmen, können Sie mit Mehrkosten belastet werden, die ggf. hierdurch entstehen. Die Bindung an den Arzt gilt nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen oder durch Ihren behandelnden Arzt an einen anderen Arzt überwiesen werden. Für Ihre sonstige ärztliche Behandlung wegen anderer Erkrankungen oder Leistungen, die nicht im Zusammenhang mit dieser Versorgung stehen, können Sie Ärzte frei wählen.

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 schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift 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 Krankenkasse behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse 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. Den Umgang mit Ihren Daten nehmen wir sehr ernst, daher haben wir alle Informationen zum Thema Datenschutz im Datenschutzmerkblatt für Sie näher erläutert.

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

„Besondere Versorgung (BesV)“

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

Datenschutzmerkblatt

Umgang mit Ihren Daten

Für die Durchführung der besonderen Versorgung ist es erforderlich, dass von allen am Vertrag Beteiligten unterschiedliche Daten von Ihnen verarbeitet werden. Hierbei handelt es sich um personenbezogene Daten (Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum), versicherungsbezogene Daten (Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus), Teilnahme- und Vertragsdaten (Teilnahmebeginn, Vertragsname, Vertragskennzeichen) sowie Gesundheitsdaten (Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen und Diagnosen nach ICD-10).

Die Verarbeitung wird nachfolgend beschrieben und darf nur erfolgen, wenn Sie dazu Ihre Einwilligung erklärt haben. Die Einwilligungserklärung ist freiwillig. Bitte beachten Sie für den Fall, dass Sie diese Einwilligung nicht geben wollen, eine Teilnahme der an der besonderen Versorgung nicht möglich ist.

Datenverarbeitung zur medizinischen Dokumentation/ Gesundheitsdaten

Bei der Behandlung erhebt der Arzt einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Der Arzt unterliegt dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Ihre Krankenkasse hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation oder Ihre medizinischen Befunddaten.

Qualitätssicherung

Ihre Krankenkasse möchte, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen Versorgung mit anonymisierten Daten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt.

Austausch von Informationen zu Ihrer Einschreibung

Der behandelnde Arzt übermittelt Ihre Informationen zur Einschreibung – personenbezogene Daten (Name, Versichertennummer, Geburtsdatum) und Information zur Teilnahme (Einschlussdatum, Abschluss des Programms) – an Ihre Krankenkasse und an die Ärztegenossenschaft Nord eG. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung in die Datenverarbeitung eingelesen, geprüft und gespeichert. Ihre Krankenkasse und die Ärztegenossenschaft Nord eG tauscht sich mit dem Arzt über Ihre Einschreibung, Teilnahmedaten und Teilnahmestatus aus.

Austausch von Informationen zum Zwecke der Abrechnung

Ihre für die Abrechnung Ihrer Teilnahme und Behandlung erforderlichen Daten (Name, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Kassenzeichen, Versichertenstatus, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Abrechnungsziffer, dokumentierte Leistungen sowie Diagnosen) werden vom Arzt nach § 295 Abs. 1b SGB an die Krankenkasse übersandt. 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 Ärztegenossenschaft Nord eG die korrekte Abrechnung und leitet diese an die Krankenkasse weiter.

Datenverarbeitung der Teilnahmedaten

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 140a SGB V (Besondere Versorgung) in Verbindung mit § 284 SGB V (Sozialdaten bei den Krankenkassen) verarbeitet. Gemäß Art. 13 Abs. 1 Buchstabe a der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) ist neben Ihrer Krankenkasse folgende Einrichtung für die Erhebung der Daten verantwortlich: **Ärztegenossenschaft Nord eG**, Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg, datenschutz@aegnord.de.

Sie haben schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo Ihre Daten dokumentiert werden. Sie haben gemäß EU-DSGVO jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen (Art. 15 EU-DSGVO) abzurufen und die Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Einschränkung (Art. 18 EU-DSGVO), Übertragung (Art. 20 EU-DSGVO) und Löschung (Art. 17 DS-GVO) zu veranlassen.

Ihre erhobenen und verarbeiteten Daten werden bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an der besonderen Versorgung, bei Ihrem Ausscheiden oder Widerruf Ihrer Einwilligung in die Datenverarbeitung im Rahmen dieser besonderen Versorgung von Ihrer Krankenkasse für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z. B. § 110, 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) nach den Allgemeinen Verwaltungsvorschriften über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens 6 Jahre nach Teilnahmeende. Medizinische Daten müssen aufgrund rechtlicher Vorgaben 10 Jahre aufbewahrt werden. Eine entgeltliche Löschung dieser erfolgt daher erst nach Ablauf von 10 Jahren. Eine weitere Verarbeitung der Daten in den oben genannten Fällen erfolgt ab dem Zeitpunkt der Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf nicht mehr. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten aufgrund der vorherigen Einwilligung bis zur Ablehnung, dem Ausscheiden oder dem Widerruf wird nicht berührt.

Bitte richten Sie Ihren Widerruf und Ihre Erklärung einer vorzeitigen Beendigung der Teilnahme an Ihre zuständige Krankenkasse:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
30125 Hannover
Fax: 0511 80 684 684
E-Mail an: service@kkh.de

DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31
20097 Hamburg
E-Mail: service@dak.de

Ausführliche und stets aktuelle Informationen über Ihre Rechte und die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erhalten Sie auf unserer Internetseite Ihrer Krankenkasse unter: www.kkh.de/datenschutz oder www.dak.de/datenschutz. Sollten Sie keinen Zugang zum Internet haben, senden wir Ihnen gerne die ausführlichen Informationen per Post zu.

Für die Datenverarbeitung im Rahmen der Versorgung/des Managements/der Organisation der besonderen Versorgung ist die Ärztegenossenschaft Nord eG verantwortlich:

Ärztegenossenschaft Nord eG
Bahnhofstr. 1-3, 23795 Bad Segeberg, daten-schutz@aegnord.de

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

Bei Fragen zur Datenverarbeitung können Sie sich an die Servicestelle Ihrer Krankenkasse oder an den Datenschutzbeauftragten wenden:

KKH Kaufmännische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Karl-Wiechert-Allee 61,
30625 Hannover
E-Mail: datenschutz@kkh.de.

DAK Gesundheit
Datenschutzbeauftragter der DAK
Nagelsweg 27 – 31
20097 Hamburg
datenschutz@dak.de

Anlage 9

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Nordrhein

Abrechnung und Vergütung

Die Abrechnung der Screeningprogramme und Weiterbetreuungsprogramme erfolgt immer unter Angabe der Behandlungsdiagnosen mit den in den u. a. Tabellen aufgeführten ICD-10-GM mit Diagnosesicherheit „G“.

Modul 1 Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten				
Entgelt- schlüssel	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
6120213A	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213B und/oder 6120213C abgerechnet werden.	E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-
6120213B	Screeningprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213A und im Behandlungsfall nicht neben der 6120213C abgerechnet werden.	G59.0* oder G63.2* oder G99.0* sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4- E11.4-, E12.4-, E13.4- E14.4- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7- E13.7-, E14.7-
6120213C	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der 6120213B, wenn dieser Entgeltschlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	G59.0, G63.2, G99.0 sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4- E11.4-, E12.4-, E13.4- E14.4- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7- E13.7-, E14.7-
6120213D	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	17,00 €	Kann nur im selben Quartal zusammen mit 6120213A oder 6120213B abgerechnet werden	

**Modul 2 Versorgungsfeld neurologische Komplikationen:
LUTS (lover urinary tract symptoms) bei Diabetes mellitus**

Entgelt-schlüssel	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
6120213E	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213F und/oder 6120213G abgerechnet werden.	E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-
6120213F	Screeningprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213E und im Behandlungsfall nicht neben der 6120213G abgerechnet werden.	N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-
6120213G	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der 6120213F, wenn dieser Entgeltschlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-

**Modul 3 Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen:
PAVK bei Diabetes mellitus ab Vollendung des 50. Lebensjahres**

Entgelt-schlüssel	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
6120213H	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213I und/oder 6120213J abgerechnet werden.	E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-
6120213I	Screeningprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213H und im Behandlungsfall nicht neben der 6120213J abgerechnet werden.	I70.2- sowie zusätzlich ein Kode aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-
6120213J	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der 6120213I, wenn dieser Entgeltschlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	I70.2- sowie zusätzlich ein Kode aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-

Modul 4 Versorgungsfeld Diabetesleber

Entgelt-Schlüssel	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
6120213K	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213L und/oder 6120213M abgerechnet werden.	E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-
6120213L	Screeningprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213K und im Behandlungsfall nicht neben der 6120213M abgerechnet werden.	K77.8* sowie zusätzlich ein Kode aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-
6120213M	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der 6120213L, wenn dieser Entgeltschlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	K77.8* sowie zusätzlich ein Kode aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-

Modul 5 Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Entgelt-Schlüssel	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
6120213N	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213O und/oder 6120213P abgerechnet werden.	E10.-, E11.-, E12.-, E13.- oder E14.-
6120213O	Screeningprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben 6120213N und im Behandlungsfall nicht neben der 6120213P abgerechnet werden.	N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.0-2 oder Z99.2 sowie zusätzlich ein Kode aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-
6120213P	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der 6120213O, wenn dieser Entgeltschlüssel in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, Z49.0-2 oder Z99.2 sowie zusätzlich ein Kode aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-
6120213Q	Teststreifen Mikroalbuminurie	2,00 €	1x neben der 6120213N oder 6120213O abrechenbar.	

Ärztegenossenschaft Nord eG
 z. Hd. Team Abrechnung
 Bahnhofstr. 1-3
 23795 Bad Segeberg

Faxnummer: 04551 – 9999 19

Anlage 9a - Abrechnungsbogen

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des **Diabetes mellitus in Nordrhein**

Bitte alle gesicherte(n) Diagnose(n) gemäß ICD-10 angeben: _____

Modul	Datum	Leistung	Vergütung
Modul 1 - Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten		Screening ... <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> mit auffälligem Befund <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung	20,00€
		<input type="checkbox"/> Diagnosemittel Neuropad	17,00€
Modul 2 -Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: LUTS bei Diabetes mellitus		Screening ... <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> mit auffälligem Befund <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung	20,00 €
Modul 3 -Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Diabetes mellitus ab 50.LJ.		Screening ... <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> mit auffälligem Befund <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung	20,00 €
Modul 4 -Versorgungsfeld Diabetesleber		Screening ... <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> mit auffälligem Befund <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung	20,00 €
Modul 5 -Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus		Screening ... <input type="checkbox"/> ohne Befund <input type="checkbox"/> mit auffälligem Befund <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung	20,00€
		<input type="checkbox"/> Teststreifen	2,00€

Die Honorarauszahlung durch die Ärztegenossenschaft Nord eG erfolgt abzüglich eines Verwaltungskostensatzes von 2,98€ brutto (bzw.2,50€ netto) pro Abrechnung. Die Abrechnung kann bis zu 12 Monaten nach Leistungserbringung erfolgen.

Ort/Datum

 Unterschrift des Arztes

 Vertragsarztstempel

Anlage 10 - Antrag auf Teilnahme des Arztes

Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von **Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus** in Nordrhein; § 140a SGB V zwischen der Ärztegenossenschaft Nord eG, der DAK-Gesundheit und der KKH

Ärztegenossenschaft Nord eG
z. Hd. Team Abrechnung
Bahnhofstr. 1-3
23795 Bad Segeberg

Faxnummer: 04551 – 9999 19

Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für mich:

Name		
	LANR	BSNR
Anschrift		
Telefon		
Bankverbindung	IBAN	
	Name der Bank	
Ggf.: für meinen angestellten Arzt: (Name / LANR/ BSNR)		
Ansprechpartner/in in Praxis (MFA)		

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

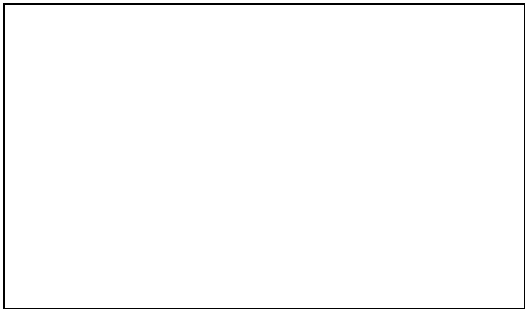
- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfülle.
- einer Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Homepage sowie der jeweiligen Krankenkasse einverstanden bin

Die Teilnahmeerklärung gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes

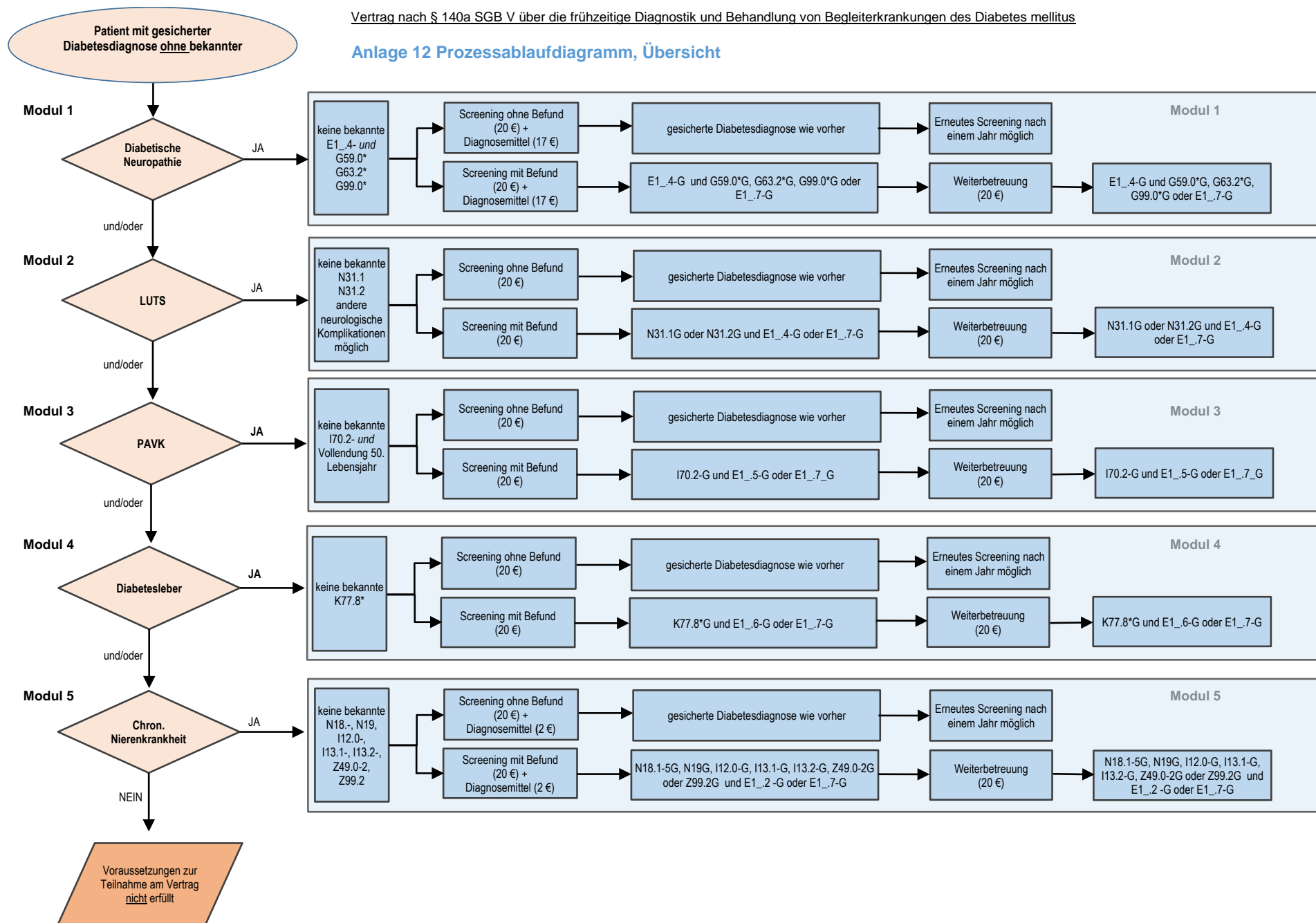


Vertragsarztstempel

Anlage 11: Miktionstagebuch

Name >						Geb. >			Zeitraum >	von				bis		
Uhrzeit	1. Tag					Uhrzeit	2. Tag									
	Trinkmenge	Harnmenge	Harndrang	Urinverlust	Vorlagen-Wechsel		Trinkmenge	Harnmenge	Harndrang	Urinverlust	Vorlagen-Wechsel					
1:00						1:00										
2:00						2:00										
3:00						3:00										
4:00						4:00										
5:00						5:00										
6:00						6:00										
7:00						7:00										
8:00						8:00										
9:00						9:00										
10:00						10:00										
11:00						11:00										
12:00						12:00										
13:00						13:00										
14:00						14:00										
15:00						15:00										
16:00						16:00										
17:00						17:00										
18:00						18:00										
19:00						19:00										
20:00						20:00										
21:00						21:00										
22:00						22:00										
23:00						23:00										
24:00						24:00										
Gesamt						Gesamt										
<p>Trinkmenge: Anzahl Gläser/Tassen (ca. 150 ml.) - Harnmenge: x = wenig, xx = mittel, xxx = viel - Harndrang: x = kaum, xx = stark, xxx = sehr stark - Urinverlust: x = Tropen, xx = feucht, xxx = sehr nass - Vorlagen: Angabe in Anzahl</p>																

Anlage 12 Prozessablaufdiagramm, Übersicht



Anlage 14

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus in Nordrhein

Beitrittserklärung für Krankenkassen

- an die Vertragspartner weiterleiten -

Beitrittserklärung

mit Wirkung zum _____

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner:

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr. _____

Hiermit erklärt die oben genannte Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie.

Die Inhalte der Vereinbarung wurden von der oben genannten Krankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen.

Mir ist bekannt, dass nach § 13 des Vertrages die Vertragsparteien einvernehmlich dem Beitritt zustimmen müssen.

Datum

Unterschrift
Vorstand/Geschäftsführer