

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

Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Robert-Schimrigk-Str. 4-6,
44141 Dortmund

- nachfolgend „KVWL“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1	Ziel und Gegenstand des Vertrages
§ 2	Teilnahme der Versicherten
§ 3	Teilnahme des Arztes
§ 4	Aufgaben des teilnehmenden Arztes
§ 5	Aufgaben der KVWL
§ 6	Aufgaben der KRANKENKASSE
§ 7	Grundsätze der Abrechnung
§ 8	Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVWL
§ 9	Abrechnung zwischen der KVWL und der KRANKENKASSE
§ 10	Vergütung
§ 11	Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
§ 12	Beitritt von Krankenkassen
§ 13	Datenschutz
§ 14	Salvatorische Klausel
§ 15	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 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, Gefäßkrankungen, 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 KVWL übersandt. Die KRANKENKASSE und die KVWL 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 des Vertrages 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 KVWL zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe. Über die Art und das Format dieser Informationsübermittlung an die KVWL 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 nachgehenden 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 KVWL nach § 73 Abs. 1 a SGB V zugelassene, angestellte und ermächtigte Ärzte sowie zugelassene und ermächtigte fachärztlich tätige Internisten teilnehmen, die die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen.
- (2) Die Teilnahme ist schriftlich bei der KVWL (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 und Genehmigung. Für die Durchführung der Dopplersonographie (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 KVWL überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVWL dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
- (5) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmestatus, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KVWL mitzuteilen.
- (6) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVWL 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 KVWL, 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 KVWL

- (1) Die KVWL informiert ihre Mitglieder in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages und über die Beschaffungsmöglichkeiten der benötigten Sachmittel.
- (2) Die KVWL erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Dieses sendet die KVWL regelmäßig an die KRANKENKASSE.
- (3) Die KVWL 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 Versicherungsvertrages.
- (2) Die KRANKENKASSE prüft die Teilnahmeberechtigungen der Versicherten und übersendet der KVWL das Teilnahmeverzeichnis gem. der Technischen Anlage (Anlage 13).

§ 7 Grundsätze der Abrechnung

- (1) Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage nach § 295 Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils gel-

tenden 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.

§ 8

Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVWL

- (1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in der Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Symbolnummern (SNR) und Vergütungsbeträgen.
- (3) Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVWL, der Vertrag gemäß § 106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.
- (4) Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- (5) Die KVWL 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 KVWL erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die jeweiligen satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 9 Abrechnung zwischen der KVWL und der KRANKENKASSE

- (1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten SNR und Vergütungsbeträgen.
- (3) Die KVWL prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
- (4) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3: Kontenart 570 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.

§ 10 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.

§ 11 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.

§ 12 Beitritt von Krankenkassen

Der Beitritt von Krankenkassen ist möglich; frühestens zum 01.10.2018. 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.

§ 13 Datenschutz

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.

Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

§ 14 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.

§ 15 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.04.2018 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.
- (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.

Dortmund, Düsseldorf, Hannover, den 09.02.2018

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

.....
Dr. Nordmann
2. Vorsitzender

.....
Klaus Overdiek
Leiter der Landesvertretung

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

.....
Klaus Böttcher
Hauptabteilungsleiter