Vertrag

über eine

Erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up 35

(„Check-up PLUS“)

zwischen der

AOK PLUS - Die Gesundheitskasse
für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand,
hier vertreten durch den
Stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes
Herrn Rainer Striebel

- im Folgenden **„AOK PLUS“** genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand,
Herrn Dr. med. Klaus Heckemann

- im Folgenden **„KVS“** genannt -

INHALTSVERZEICHNIS

Erläuterungen **3**

Präambel **4**

§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele des Vertrages **4**

§ 2 Geltungsbereich **5**

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte **5**

§ 4 Anspruchsberechtigte und Teilnahmevoraussetzungen **5**

§ 5 Leistungsumfang und Pflichten **6**

§ 6 Vergütung und Abrechnung **6**

§ 7 Datenschutz und –nutzung **7**

§ 8 Geltung der Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung **7**

§ 9 Inkrafttreten und Kündigung **7**

§ 10 Schriftform **8**

§ 11 Salvatorische Klausel **8**

Anlagen

ANLAGE 1 - Check-up PLUS Fragebogen (inkl. Abrissgutschein)

ANLAGE 2 - Leistungsbeschreibung

ANLAGE 3 - Vergütung und Abrechnung

ANLAGE 4 - Schematische Darstellung der erweiterten Diabetes-Vorsorge

ANLAGE 5 - Methodik des 75g oGTT

ANLAGE 6 - Technische Anlage

Erläuterungen

- §§ und Abschnitte ohne gesonderte Kennzeichnung beziehen sich auf diesen Vertrag.
- „DMP“ ist das Disease-Management-Programm.
- „EBM“ ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen.
- „Check-up PLUS Fragebogen“ ist der Fragebogen zur Ermittlung des Diabetes-Risikos nach ANLAGE 1.
- „GesURL“ sind die Richtlinien über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien).
- „GFR“ ist die Glomeruläre Filtrationsrate.
- „GOP“ ist die Gebührenordnungsposition des EBM.
- „HbA1c“ ist der mittlere Blutzuckerwert der letzten acht Wochen.
- „HDL“ ist das Lipoprotein hoher Dichte (High Density Lipoprotein).
- „LDL“ ist das Lipoprotein niederer Dichte (Low Density Lipoprotein).
- „MDK“ ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung.
- „oGTT“ ist der orale Glukose-Toleranz-Test.
- „SKW“ ist der Serum-Kreatinin-Wert.
- „Versicherte“ sind männliche und weibliche Versicherte der AOK PLUS.
- „Vertragspartner“ sind die an dem Vertrag beteiligte AOK PLUS und die KVS.

Präambel

Diabetes mellitus stellt ein immer größer werdendes Problem unserer Gesellschaft dar und entwickelt sich zur Volkskrankheit Nummer eins. Neben den damit verbundenen wirtschaftlichen Aspekten bedeutet diese Entwicklung vor allem aber gesundheitliche Beeinträchtigungen für jeden einzelnen Betroffenen.

Es kann bei diesem Krankheitsbild davon ausgegangen werden, dass es neben den bereits diagnostizierten Erkrankungen auch eine große Anzahl an unerkannten Risikopatienten bzw. Erkrankten gibt, da der Krankheitsverlauf im Anfangsstadium meist ohne erkennbare gesundheitliche Beeinträchtigungen (für den Betroffenen) verläuft. Oft wird erst nach einem schon mehrere Jahre dauernden Krankheitsverlauf (bis zu 10 Jahren) die Diagnose gestellt. Zu diesem Zeitpunkt sind häufig neben der eigentlichen Diagnose Diabetes mellitus auch schon Begleit- und Folgeerkrankungen manifest. Eine frühzeitige Identifikation mittels einer erweiterten Diabetes-Vorsorge verhindert dies und ist deshalb Inhalt dieses Vertrages.

Datenauswertungen haben ergeben, dass die Erkrankung Diabetes mellitus am häufigsten zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr erstmals diagnostiziert wird. Die erweiterte Diabetes-Vorsorge setzt deshalb mindestens 10 Jahre zuvor an und wird zweckmäßigerweise im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) durchgeführt und ergänzt die bereits gesetzlich verankerten Untersuchungen. Alle Teilnehmer am Check-up 35, bei denen zum Zeitpunkt der Durchführung noch kein Diabetes mellitus diagnostiziert wurde, können den Check-up PLUS wahrnehmen. Mittels eines Fragebogens (für alle Anspruchsberechtigten) wird eine erste Risikobewertung vorgenommen, an die sich eine weitere Stufendiagnostik anschließt.

§ 1
Vertragsgegenstand und Ziele des Vertrages

1) Gemäß § 11 Abs. 6 SGB V können die Krankenkassen in ihrer Satzung zusätzliche, vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht ausgeschlossene, Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 2, 40 SGB V) vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistungen bestimmen; sie hat hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung zu regeln. Die zusätzlichen Leistungen sind von den Krankenkassen in ihrer Rechnungslegung gesondert auszuweisen. Gemäß § 73 Abs. 3 SGB V ist in den Gesamtverträgen zu vereinbaren, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation, soweit sie nicht zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 2 SGB V gehören, Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind.

2) Die Satzung der AOK PLUS bildet die leistungsrechtliche Grundlage für diesen Vertrag und sieht entsprechende Mehrleistungen vor, die den Versicherten über diesen Vertrag als Sachleistungen zur Verfügung gestellt werden. Dieser Vertrag regelt die Umsetzung und Einbeziehung der Satzungsleistung in Form zusätzlicher Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als erweiternder Bestandteil des Gesamtvertrages und ergänzend zu dem zwischen den Vertragspartnern geschlossenen Gesamtvertrag. Soweit in diesem Vertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, gelten die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung.

3) Ziel der erweiterten Diabetes-Vorsorge ist es, Risikopatienten und Erkrankte zu identifizieren und diese entsprechend ihrem Risiko- oder Erkrankungsstadium weiter zu behandeln.

4) Den Versicherten der AOK PLUS, die die gesetzliche Gesundheitsuntersuchung (Check up 35) in Anspruch nehmen, wird im Zusammenhang mit dieser zusätzlich eine kostenlose erweiterte Diabetes-Vorsorge zur frühzeitigen Identifikation des Risikos bzw. der Erkrankung eines Diabetes mellitus angeboten.

5) Durch die frühzeitige Erkennung des Risikos bzw. der Erkrankung sollen den Versicherten Wege (Prävention, ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Schulungen u. ä.) aufgezeigt/angeboten werden, die zu einer Krankheitsverzögerung bzw. -verhinderung beitragen können.

6) Neben der Verzögerung/Verhinderung des Krankheitsbildes Diabetes mellitus ist auch die Verzögerung/Verhinderung von Begleit- und Folgeerkrankungen ein Hauptziel des Vertrages.

7) Es soll eine enge Verknüpfung der erweiterten Diabetes-Vorsorge mit den bereits bestehenden Strukturen (Primär- und Sekundärpräventionsangebote der AOK PLUS, DMP) gesichert werden. Übergänge in diese Strukturen werden im Rahmen dieses Vertrages beschrieben.

§ 2
Geltungsbereich

Räumlicher Geltungsbereich dieses Vertrages ist der Freistaat Sachsen (Region der KVS).

§ 3
Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte

1) Der Vertrag gilt für alle Vertragsärzte (im Folgenden als Ärzte bezeichnet), die im Geltungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und zur Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732 EBM) gemäß § 25 Abs. 1 SGB V berechtigt sind. Diese Untersuchungen sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind (gemäß den GesURL).

2) Sofern im Rahmen des Check-up PLUS die Durchführung des oGTT notwendig ist und der Arzt nach Abs. 1 die Untersuchung nicht selbst durchführt, kann die Untersuchung auf Überweisung eines Arztes nach Abs. 1 durch eine sächsische diabetologische Schwerpunktpraxis im Einzelfall durchgeführt werden. Ist der Arzt nach Abs. 1 selbst eine diabetologische Schwerpunktpraxis, ist keine Überweisung erforderlich.

3) Sofern ein Arzt nach Abs. 1 nicht über die entsprechende Laborausstattung verfügt, können auch Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/Laborgemeinschaften/Ärzte mit entsprechender Laborausstattung auf Überweisung mit der Erbringung der Laborleistung im Zusammenhang mit der Durchführung des oGTT beauftragt werden und somit diese Leistung im Rahmen des Vertrages erbringen und abrechnen.

§ 4
Anspruchsberechtigte und Teilnahmevoraussetzungen

Die erweiterte Diabetes-Vorsorge nach diesem Vertrag können alle Versicherten der AOK PLUS erhalten, die folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Anspruch auf die Durchführung der Gesundheitsuntersuchung gemäß § 25 Abs. 1 SGB V (ab Vollendung des 35. Lebensjahres alle 2 Kalenderjahre bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres) und deren Inanspruchnahme,
- keine gesicherte Diagnose Diabetes mellitus (ICD-10-Codierung E10 - E14) zum Zeitpunkt der Durchführung der erweiterten Diabetes-Vorsorge.

§ 5
Leistungsumfang und Pflichten

1) Die Ärzte erbringen die Leistungen auf der Grundlage dieses Vertrages als Sachleistung. Art, Umfang und Dauer der Leistungen bestimmen sich nach der Satzung der AOK PLUS in Verbindung mit diesem Vertrag.

2) Die erweiterte Diabetes-Vorsorge wird im direkten, zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der gesetzlich verankerten Gesundheitsuntersuchung (Check-up 35) angeboten und durchgeführt. Die Leistungsinhalte und Vergütungen im Rahmen des gesetzlichen Check-up 35 bleiben von diesem Vertrag unberührt.

3) Der im Zusammenhang mit der erweiterten Diabetes-Vorsorge ausgefüllte Fragebogen (Check-up PLUS Fragebogen - ANLAGE 1) ist der Patientenakte beizufügen und entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufzubewahren.

4) Im Rahmen der erweiterten Diabetes-Vorsorge erfolgt anhand medizinischer Parameter eine gezielte Steuerung der Teilnehmer in die bestehenden Präventionsangebote der AOK PLUS bzw. in die Versorgungsprogramme (DMP).

5) Die AOK PLUS behält sich im Einzelfall vor, die vertragskonforme Umsetzung der erweiterten Diabetes-Vorsorge anhand der erhobenen medizinischen Daten in der Patientenakte (inkl. Check-up PLUS Fragebogen) durch den MDK prüfen zu lassen.

6) Die im Rahmen der erweiterten Diabetes-Vorsorge durchzuführenden Leistungen sind in der ANLAGE 2 detailliert beschrieben. Der in ANLAGE 2 beschriebene Leistungsumfang stellt den Ablauf des Check-up PLUS in Verbindung mit dem gesetzlichen Check-up 35 dar.

§ 6
Vergütung und Abrechnung

1) Für die Erbringung der in ANLAGE 2 beschriebenen Leistungen erhält der teilnehmende Arzt eine Vergütung gemäß ANLAGE 3. Darin ist die detaillierte Vergütungsübersicht inkl. der Abrechnungsnummern dargestellt.

2) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen.

3) Die Abrechnung erfolgt über die KVS im Rahmen der Quartalsabrechnung. Die KVS ist berechtigt, von der Vergütung nach Abs. 1 den jeweils aktuellen Verwaltungskostensatz der KVS einzubehalten. Die KVS prüft die Abrechnung der Ärzte nach Maßgabe der ihr obliegenden Pflichten. Die Vergütung nach diesem Vertrag ist auf dem Honorarbescheid separat auszuweisen.

4) Die für die Vergütung der Leistungen gemäß ANLAGE 3 notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Die aufgeführten Abrechnungsnummern gemäß ANLAGE 3 werden von der KVS quartalsweise im Formblatt 3-Viewer, im Konto 523 bis zur Ebene 6, gegenüber der AOK PLUS ausgewiesen.

5) Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung sämtlicher formaler und inhaltlicher Voraussetzungen dieses Vertrages. Die Ärzte haben nach Maßgabe der vertragsärztlichen Regelungen gegenüber der KVS Anspruch auf Auszahlung der Vergütung für die von ihnen vertrags- und ordnungsgemäß nach den Maßgaben dieses Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Sofern die AOK PLUS bzw. KVS Zahlungen geleistet hat, auf die die Ärzte nach diesem Vertrag keinen Anspruch haben, ist die AOK PLUS bzw. KVS berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zu korrigieren und zurückzufordern. Rückforderungen nach diesem Vertrag können im Übrigen nur gemäß den allgemeinen Aufrechnungsregelungen mit Vergütungen, die nach § 87a SGB V an die Ärzte gezahlt werden, verrechnet werden.

§ 7
Datenschutz und –nutzung

1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ärzte und die Vertragspartner sind verpflichtet, die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten in den jeweils geltenden Fassungen einzuhalten.

2) Die Vertragspartner behalten sich vor, die im Rahmen der Durchführung dieses Vertrages erhobenen Daten (insbesondere Abrechnungsdaten, Daten zur Wahrnehmung der Präventionskurse und Daten zu DMP-Einschreibungen) zu gegebener Zeit in anonymisierter oder pseudonymisierter Form (ohne Versichertenbezug bzw. Versichertenbeziehbarkeit) nach wissenschaftlichen Aspekten und Kriterien von einem unabhängigen externen und noch zu benennenden Partner auswerten und bewerten zu lassen. Die Vertragspartner stimmen zu gegebener Zeit die Einzelheiten im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Auswertung, der Datenbereitstellung, den Nutzungs- und Veröffentlichungsrechten etc. ab. Die Vertragspartner erklären sich bereit, die wissenschaftliche Auswertung zu unterstützen, d. h., die für die Auswertung erforderlichen und in ihrem jeweiligen Verantwortungsbereich vorliegenden Daten in entsprechender anonymisierter bzw. pseudonymisierter Form bereitzustellen.

§ 8
Geltung der Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung

Im Übrigen finden die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere zum Datenschutz, zur Datenübermittlung, zur Abrechnung und Abrechnungsprüfung, sachlich-rechnerischen Richtigstellung und zum sonstigen Schaden uneingeschränkt auf die Leistungsbeziehungen dieses Vertrages Anwendung.

§ 9
Inkrafttreten und Kündigung

1) Dieser Vertrag tritt zum 1. November 2013 in Kraft und kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende, erstmalig zum 31. Dezember 2015 gekündigt werden. Voraussetzung für das Inkrafttreten des Vertrages ist eine wirksame Satzungsregelung der AOK PLUS, die den Leistungsanspruch der Versicherten festlegt und der KVS mit der Unterzeichnung dieses Vertrages verbindlich bekanntgegeben wird.

2) Spätestens mit dem Zeitpunkt des Außerkrafttretens der dem Vertrag zugrunde liegenden Satzungsregelung endet die Leistungserbringung nach diesem Vertrag. Die bis zu diesem Zeitpunkt bereits erbrachten Leistungen werden aufgrund der vertraglichen Regelungen abgerechnet und vergütet. Ab Außerkrafttreten der Satzungsregelung können von den Ärzten keine weiteren Leistungen nach diesem Vertrag erbracht und über den Vertrag vergütet werden. Das Außerkrafttreten der Satzungsregelung ist der KVS unverzüglich und so rechtzeitig vor dem Außerkrafttreten mitzuteilen, dass diese sich auf das Vertragsende einstellen und die Ärzte informieren kann.

3) Sollte es zu einer Aufnahme der Leistungsinhalte der erweiterten Diabetes-Vorsorge in den Leistungskatalog der GKV kommen, tritt dieser Vertrag mit der Aufnahme der Leistungen in den EBM außer Kraft.

§ 10
Schriftform

Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 11
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder unwirksam werden, so wird dadurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine dem Zusammenhang und dem gewollten Sinn des Vertrages entsprechende Bestimmung zu ersetzen. Dies gilt auch für den Fall, dass der vorstehende Vertrag Lücken enthält, die der Ergänzung bedürfen.

Dresden, den 06.11.2013

gez.	*gez.*
.....	.....
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	AOK PLUS