

SONDERRUNDSCHREIBEN



An die
**Ärztinnen und Ärzte in den diabetologischen
Schwerpunktpraxen** im Bereich der KVS

04.12.2017/mk-be

DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 und Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mit dem BKK Landesverband Mitte

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

zu den bislang schon bestehenden Verträgen zum DMP Diabetes mellitus Typ 1 und zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mit der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, der KNAPPSCHAFT, der IKK Südwest, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau sowie den Ersatzkassen kommen mit Wirkung ab dem 01.01.2018 analoge Vereinbarungen mit dem BKK Landesverband Mitte hinzu.

Wir haben Ihnen die wichtigsten Inhalte der Verträge in den beigefügten Vertragsinformationen zusammengefasst. Die Erklärung zur Teilnahme an dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 mit den Betriebskrankenkassen ist ebenfalls beigefügt. Bitte senden Sie uns diese für eine Teilnahme an dem Vertrag mit dem BKK Landesverband Mitte unterschrieben zurück.

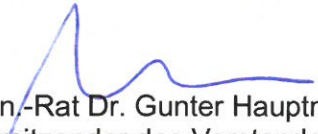
Für den Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mit dem BKK Landesverband Mitte brauchen Sie sich nicht erneut anzumelden; die bisherige Anmeldung gilt auch automatisch für die Betriebskrankenkassen. Sie müssten nur dann tätig werden, wenn Sie an dem Vertrag mit dem BKK Landesverband Mitte nicht teilnehmen wollen. In diesem Fall müssten Sie uns eine kurze schriftliche Mitteilung darüber zukommen lassen.

Bitte beachten Sie zudem, dass die seitherige Diabetes-Vereinbarung mit dem BKK Landesverband Mitte zum 31.12.2017 beendet wird.

Die beiden Verträge mit dem BKK Landesverband Mitte einschließlich der Anlagen finden Sie auf der Homepage der KVS im Bereich „Praxis“/„Verträge“/„Verträge der KVS“/„DMP-Verträge“ bzw. „Gestationsdiabetes“.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



San.-Rat Dr. Gunter Hauptmann
Vorsitzender des Vorstandes

Anlagen

Vertragsinformation

(Stand: 04.12.2017)



Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1

- gültig ab dem 01.01.2018 -

Ziel der Verträge ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Dabei geht es um die Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie der Erhöhung der Lebenserwartung.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------|-----------------------------|--------------|---|---------|--------------|--|---------|--------------|--|---------|--------------|---|---------|--------------|---------------------|---------|--------------|---|------|--------------------|---------|--------------|---|-------|-----------------------------|---------|--------------|---|-------|-----------------------------|---------|--------------|--|-------|-----------------------------|---------|--------------|---|------|----------------------------|---------|--------------|----------------------------|--|--|--------|--------------|---|--------|----------------------------|---------|--------------|---|------|-----------------------------|---------|--------------|--|------|-----------------------------|---------|--------------|------------------------------|--|--|--------|
| Teilnahme der Vertragsärzte* <small>*„(Vertrags-) Ärzte“ sind weibliche und männliche (Vertrags-) Ärzte</small> | Für die Teilnahme an den Verträgen sind Teilnahmeerklärungen gegenüber der KVS erforderlich. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt sind Vertragsärzte, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - die Anforderungen an die Strukturqualität diabetologisch besonders qualifizierter Arzt erfüllen. ▪ Teilnahmeberechtigt als koordinierender Arzt für Kinder und Jugendliche sind Vertragsärzte, die - persönlich oder durch angestellte Ärzte - die Anforderungen an die Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Pädiater erfüllen. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination auch durch einen Arzt erfolgen, der in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen diabetologisch besonders qualifiziert ist und - persönlich oder durch angestellte Ärzte - die Anforderungen an die Strukturqualität diabetologisch besonders qualifizierter Arzt erfüllt. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teilnahme der Versicherten | Der Vertrag gilt für alle Versicherten der <ul style="list-style-type: none"> ✓ AOKen ✓ SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau) ✓ Ersatzkassen (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk) ✓ IKK Südwest ✓ Knappschaft ✓ BKKen* → Teilnahmeerklärung erforderlich, die an die Datenstelle zu senden ist. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datenstellen | DAVASO GmbH, DMP-Datenstelle Saarland, Postfach 50 02 08, 04302 Leipzig Ausnahme bei BKK-Versicherten: DMP-Datenstelle Trier, Postfach 4240, 54232 Trier | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vergütung und Abrechnung <small>**UE = 90 Min. - bei ICT und PRIMAS = 120 Min.</small> | Die Vergütung erfolgt extrabudgetär . Es gelten folgende Abrechnungsziffern: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">94130</td> <td style="width: 70%;">Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">25,00 €</td> </tr> <tr> <td>94131</td> <td>Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1</td> <td style="text-align: right;">16,00 €</td> </tr> <tr> <td>94132</td> <td>Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP)</td> <td style="text-align: right;">20,00 €</td> </tr> <tr> <td>94133</td> <td>Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP)</td> <td style="text-align: right;">10,00 €</td> </tr> <tr> <td>94145</td> <td>Betreuungspauschale</td> <td style="text-align: right;">25,00 €</td> </tr> </table> Die Schulungen werden je Versicherten und Unterrichtseinheit (UE**) wie folgt vergütet: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">94134</td> <td style="width: 50%;">Diabetesbuch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre)</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6 UE</td> <td style="width: 20%;">Individualschulung</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94135</td> <td>Jugendliche mit Diabetes (Alter: 13 bis 18 Jahre)</td> <td style="text-align: center;">12 UE</td> <td>Gruppe á 4 bis 10 Patienten</td> <td style="text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94136</td> <td>Schulungsprogramm (ICT) → <i>nicht neben 94137 abrechenbar</i></td> <td style="text-align: center;">12 UE</td> <td>Gruppe á bis zu 4 Patienten</td> <td style="text-align: right;">25,00 €</td> </tr> <tr> <td>94137</td> <td>Schulungsprogramm (PRIMAS) → <i>nicht neben 94136 abrechenbar</i></td> <td style="text-align: center;">12 UE</td> <td>Gruppe á bis zu 4 Patienten</td> <td style="text-align: right;">25,00 €</td> </tr> <tr> <td>94138</td> <td>Schulungsprogramm (HyPOS) (Alter: ab 18 Jahre) → <i>nur abrechenbar für Patienten, die bereits an einer ICT- oder PRIMAS-Schulung teilgenommen haben</i></td> <td style="text-align: center;">5 UE</td> <td>Gruppe á 4 bis 6 Patienten</td> <td style="text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94139</td> <td>Schulungsmaterial Diabetes</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">9,55 €</td> </tr> <tr> <td>94140</td> <td>Hypertonieschulung (HBSP) → <i>nicht neben 94141 und 94142 abrechenbar</i></td> <td style="text-align: center;">3-4 UE</td> <td>Gruppe á 4 bis 6 Patienten</td> <td style="text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94141</td> <td>Hypertonieschulung (ZI) → <i>nicht neben 94140 und 94142 abrechenbar</i></td> <td style="text-align: center;">4 UE</td> <td>Gruppe á bis zu 4 Patienten</td> <td style="text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94142</td> <td>Hypertonieschulung (IPM) → <i>nicht neben 94140 und 94141 abrechenbar</i></td> <td style="text-align: center;">5 UE</td> <td>Gruppe á 6 bis 12 Patienten</td> <td style="text-align: right;">23,75 €</td> </tr> <tr> <td>94143</td> <td>Schulungsmaterial Hypertonie</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">9,55 €</td> </tr> </table> Für die jährliche augenärztliche Untersuchung - auf Überweisung eines am DMP-Vertrag teilnehmenden Arztes - wird je Versicherten eine Pauschale in Höhe von 5,00 € vergütet (Abrechnungsziffer: 94144). | | | 94130 | Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1 | 25,00 € | 94131 | Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1 | 16,00 € | 94132 | Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP) | 20,00 € | 94133 | Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP) | 10,00 € | 94145 | Betreuungspauschale | 25,00 € | 94134 | Diabetesbuch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre) | 6 UE | Individualschulung | 23,75 € | 94135 | Jugendliche mit Diabetes (Alter: 13 bis 18 Jahre) | 12 UE | Gruppe á 4 bis 10 Patienten | 23,75 € | 94136 | Schulungsprogramm (ICT) → <i>nicht neben 94137 abrechenbar</i> | 12 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 25,00 € | 94137 | Schulungsprogramm (PRIMAS) → <i>nicht neben 94136 abrechenbar</i> | 12 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 25,00 € | 94138 | Schulungsprogramm (HyPOS) (Alter: ab 18 Jahre) → <i>nur abrechenbar für Patienten, die bereits an einer ICT- oder PRIMAS-Schulung teilgenommen haben</i> | 5 UE | Gruppe á 4 bis 6 Patienten | 23,75 € | 94139 | Schulungsmaterial Diabetes | | | 9,55 € | 94140 | Hypertonieschulung (HBSP) → <i>nicht neben 94141 und 94142 abrechenbar</i> | 3-4 UE | Gruppe á 4 bis 6 Patienten | 23,75 € | 94141 | Hypertonieschulung (ZI) → <i>nicht neben 94140 und 94142 abrechenbar</i> | 4 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 23,75 € | 94142 | Hypertonieschulung (IPM) → <i>nicht neben 94140 und 94141 abrechenbar</i> | 5 UE | Gruppe á 6 bis 12 Patienten | 23,75 € | 94143 | Schulungsmaterial Hypertonie | | | 9,55 € |
| 94130 | Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1 | 25,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94131 | Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1 | 16,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94132 | Einschreibung DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP) | 20,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94133 | Folgedokumentation DMP Diabetes mellitus Typ 1 (2. DMP) | 10,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94145 | Betreuungspauschale | 25,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94134 | Diabetesbuch für Kinder (Alter: 5 ½ bis 12 Jahre) | 6 UE | Individualschulung | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94135 | Jugendliche mit Diabetes (Alter: 13 bis 18 Jahre) | 12 UE | Gruppe á 4 bis 10 Patienten | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94136 | Schulungsprogramm (ICT) → <i>nicht neben 94137 abrechenbar</i> | 12 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 25,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94137 | Schulungsprogramm (PRIMAS) → <i>nicht neben 94136 abrechenbar</i> | 12 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 25,00 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94138 | Schulungsprogramm (HyPOS) (Alter: ab 18 Jahre) → <i>nur abrechenbar für Patienten, die bereits an einer ICT- oder PRIMAS-Schulung teilgenommen haben</i> | 5 UE | Gruppe á 4 bis 6 Patienten | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94139 | Schulungsmaterial Diabetes | | | 9,55 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94140 | Hypertonieschulung (HBSP) → <i>nicht neben 94141 und 94142 abrechenbar</i> | 3-4 UE | Gruppe á 4 bis 6 Patienten | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94141 | Hypertonieschulung (ZI) → <i>nicht neben 94140 und 94142 abrechenbar</i> | 4 UE | Gruppe á bis zu 4 Patienten | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94142 | Hypertonieschulung (IPM) → <i>nicht neben 94140 und 94141 abrechenbar</i> | 5 UE | Gruppe á 6 bis 12 Patienten | 23,75 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 94143 | Schulungsmaterial Hypertonie | | | 9,55 € | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* siehe Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (Anlage 16 zum Vertrag mit dem BKK Landesverband Mitte)

Die DMP-Verträge und die für die Vertragsumsetzung erforderlichen Unterlagen bzw. Formulare - inkl. Teilnahmeerklärungen für Ärzte und Versicherte – finden Sie auf unserer Homepage unter Praxis → Verträge → Verträge der KVS → DMP-Verträge.

Ansprechpartner: Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de

Kassenärztliche Vereinigung Saarland - Europaallee 7 – 9 - 66113 Saarbrücken

☎ 0681 99 83 70 - Fax: 0681 99 83 7-490 - info@kvsaarland.de

**Teilnahmeerklärung am gemeinsamen Programm Diabetes mellitus Typ 1
der Betriebskrankenkassen im Saarland**

LANR.....

Name, Vorname.....

Straße, Hausnummer.....

PLZ Praxisort.....

Ich bin über die Ziele und Inhalte des strukturierten Disease-Management-Programms (DMP) informiert worden. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieziele sind mir transparent dargelegt worden.

Am Vertrag vom 23.08.2017 zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den vertragsschließenden Kassen nehme ich teil.

Mit dieser Teilnahmeerklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung der Regelungen des Vertrages, insbesondere bezüglich der Versorgungsinhalte und Kooperationsregeln gemäß § 9, der Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV und der Aufgaben des Abschnitts II.

Weiter verpflichte ich mich gegenüber den anderen Ärzten, den Vertragspartnern des Vertrages und den von mir behandelten Versicherten aufgrund des Disease-Management-Programms, dass ich

- die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch gewährleiste,
- bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und der Datensicherheit geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Spezialvorschriften für die Datenverarbeitung beachte und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen treffe,
- zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte vorab auf der vertraglich vereinbarten Teilnahme- und Einwilligungserklärung die einmalige freiwillige schriftliche Einwilligung des Patienten einhole, den Patienten ausreichend über Form und Folgen der beabsichtigten Datenerhebung und -verarbeitung unterrichte und den genehmigten Verwendungszweck im Datenkontext kennzeichne (z. B. Datenbanken),
- den in der Anlage 5.2 (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) genannten, bei mir angestellten Ärzten, die in meiner Praxis/Einrichtung Leistungen im Rahmen des DMP erbringen, die eingangs genannten Informationen zu DMP zukommen lasse und diese Ärzte gleichermaßen die letztgenannten Verpflichtungen zur
 - ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und dem Strafgesetzbuch,

- Datenverarbeitung (Erheben, Verarbeiten und Nutzen) personenbezogener Daten und Datensicherheit und
- Weitergabe von Patientendaten an Dritte

erfüllen

- gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland mit der Anlage 5.2 (Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten) nachweise, dass diese bei mir angestellten Ärzte die Anforderungen an die Strukturqualität erfüllen und ich die KVS in entsprechender Weise unverzüglich über das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes im DMP informiere.

Ich bin mit

- der Veröffentlichung der im gesonderten „Arztverzeichnis“ gemäß Anlage 6 des DMP-Vertrages enthaltenen Angaben zu meiner Person,
 - der Weitergabe des gesonderten „Arztverzeichnisses“ an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA) und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
 - der Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrags unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen
- einverstanden.

Die in der Anlage 5.2 genannten Ärzte haben mir gegenüber ihr Einverständnis erklärt über

- die Veröffentlichung ihres Namens im Arztverzeichnis,
- die Weitergabe dieses Arztverzeichnisses an die teilnehmenden Leistungserbringer, an die Kassen, das Bundesversicherungsamt (BVA), den Landesprüfdienst und an die teilnehmenden bzw. teilnahmewilligen Versicherten,
- die Evaluation der Dokumentationen und Verwendung der Dokumentationen für die Qualitätssicherung gemäß Abschnitt IV des Vertrages unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen.

Mir und den bei mir angestellten Ärzten ist bekannt, dass

1. die Teilnahme an diesem Vertrag freiwillig ist; die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Kalendervierteljahres.
2. die Teilnahme an dem Vertrag beim Ruhen oder mit Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, sowie bei Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen endet.
3. teilnehmende Leistungserbringer bei Nichteinhaltung der vertraglichen Regelungen gemäß § 12 sanktioniert werden.

Am Vertrag zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der KVS und den Krankenkassen nehme ich teil:

- persönlich
- durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 5.2 – Ergänzungserklärung zu angestellten Ärzten)
- persönlich und durch angestellte Ärzte (siehe Anlage 5.2)

Ich möchte für folgende Betriebsstätte(n) bzw. Nebenbetriebsstätte(n) teilnehmen:

- a) _____(BSNR)
b) _____(BSNR)
c) _____(BSNR)

Ich verpflichte mich mit dieser Teilnahmeerklärung zur Einhaltung der Regelungen des DMP-Vertrages. Als koordinierender Arzt beachte ich insbesondere die Dokumentationsinhalte gemäß den Abschnitten VII und VIII.

Hiermit genehmige ich den in meinem Namen mit der DMP-Datenstelle Trier geschlossenen Vertrag, wie er in dem Vertrag zwischen

- DMP-Datenstelle Trier,
 - der Arbeitsgemeinschaft Disease-Management-Programme (DMP) Saarland GbR (ArGe-DMP)
 - sowie den vorgenannten Kassen
- spezifiziert ist.

Darin beauftrage ich die Datenstelle,

1. die von mir im Rahmen des Disease-Management-Programms erstellten Dokumentationen auf Vollständigkeit und Plausibilität zu überprüfen,
2. die Dokumentationsdaten der Anlage 2 i.V.m. Anlage 8 RSAV i.S.d. § 28f Abs. 2 RSAV an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse beauftragte Stelle weiterzuleiten.

Ich hatte die Möglichkeit, mich über den genauen Vertragsinhalt auf der Internetseite meiner Kassenärztlichen Vereinigung bzw. durch den mir von dieser auf Anforderung zur Verfügung gestellten Vertragstext zu informieren.

Für den Fall, dass die ArGe-DMP und die Kassen im Rahmen dieses Disease-Management-Programms die Datenstelle wechseln möchten, bevollmächtige ich die ArGe-DMP, in meinem Namen einen Vertrag gleichen Inhalts mit der neuen Datenstelle zu schließen. Ich werde dann unverzüglich die Möglichkeit erhalten, mich über den genauen Inhalt dieses Vertrags zu informieren.

Teilnahmemöglichkeiten:

Ich nehme teil als

1. **diabetologisch besonders qualifizierte/r koordinierende/r Vertragsärztin/Vertragsarzt** gemäß § 3 Abs. 2 a) des Vertrages und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 1.

Ich bin zusätzlich qualifiziert

ja / nein

- a) zur Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und **diabetischem Fußsyndrom**
- b) zur Einleitung und Dauerbehandlung von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit **Insulinpumpentherapie**
- c) zur Behandlung von **Schwangeren** mit Diabetes mellitus Typ 1

2. **diabetologisch qualifizierte/r koordinierende/r Pädiaterin/Pädiater** gemäß § 3 Abs. 3 a) des Vertrages und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 2.

3. **Hausärztin/Hausarzt** gemäß § 3 Abs. 2b) des Vertrages und erfülle die Strukturqualität nach Anlage 3.

In dieser Funktion kooperiere ich mit folgendem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt:

.....
Name

.....
Straße/Hausnummer

.....
PLZ/Ort

Den Inhalt des Arztmanuals habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Ergänzungserklärung zur Teilnahme am gemeinsamen Disease-Management- Programm Diabetes mellitus Typ 1 der Betriebskrankenkassen im Saarland

Erklärung zu angestellten Ärzten

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte(r) Ärztin/Arzt **erbringt Leistungen** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

| | | | | | | |
|----|----------------------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Nachfolgend genannte in meiner Praxis/Einrichtung angestellte(r) Ärztin/Arzt **erbringt keine Leistungen mehr** im Rahmen des Vertrages zur Umsetzung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 1 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland und den Krankenkassen:

| | | | | | | |
|----|----------------------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 2. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |
| 3. | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| | Name, Vorname, Titel | LANR | BSNR | als koord. Arzt | als FA | ab Datum |

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel

Vertragsinformation

(Stand: 04.12.2017)



Vertrag zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes - gültig ab dem 01.01.2018 -

Die Verträge sollen dem besonderen Versorgungs- und Kooperationsbedarf der Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) Rechnung tragen und deren intensive Betreuung durch die diabetologischen Schwerpunktpraxen ermöglichen.

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------------------|---------------|---|---------------|---|----------|
| Teilnahme der Vertragsärzte* <small>*„(Vertrags-) Ärzte“ sind weibliche und männliche (Vertrags-) Ärzte</small> | Teilnahmeberechtigt sind niedergelassene Vertragsärzte sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die – persönlich oder durch angestellte Ärzte – diabetologisch besonders qualifiziert sind (diabetologische Schwerpunktpraxen) . → Teilnahmeerklärung gegenüber der KVS erforderlich. | | | | | | |
| Teilnahme der Versicherten | Der Vertrag gilt für alle Versicherten der <table border="0"><tr><td>✓ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland</td><td>✓ Knappschaft</td></tr><tr><td>✓ SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau)</td><td>✓ IKK Südwest</td></tr><tr><td>✓ Ersatzkassen (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk)</td><td>✓ BKKen*</td></tr></table> → Teilnahmeerklärung gegenüber der jeweiligen Krankenkasse erforderlich. | ✓ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland | ✓ Knappschaft | ✓ SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau) | ✓ IKK Südwest | ✓ Ersatzkassen (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk) | ✓ BKKen* |
| ✓ AOK Rheinland-Pfalz/Saarland | ✓ Knappschaft | | | | | | |
| ✓ SVLFG (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau) | ✓ IKK Südwest | | | | | | |
| ✓ Ersatzkassen (BARMER, TK, DAK, KKH, HEK, hkk) | ✓ BKKen* | | | | | | |
| Vergütung und Abrechnung | Die Vergütung erfolgt extrabudgetär . Je teilnehmender Patientin erhält der teilnehmende Arzt für die besondere ärztliche Betreuung eine <u>quartalsweise Behandlungspauschale</u> in Höhe von 50,00 EUR . Hierzu ist vom Arzt die Abrechnungsziffer 94150 zu setzen. Abrechnungsvoraussetzung ist die Angabe einer gesicherten Diagnose (Diagnosekennzeichnung „G“) eines GDM gemäß ICD-10-GM (O24.4). | | | | | | |

* siehe Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen (Anlage 3 zum Vertrag mit dem BKK Landesverband Mitte)

Die Verträge zur besonderen Versorgung von Patientinnen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) sowie die **Teilnahmeerklärungen** für Ärzte und Versicherte sowie die Adressverzeichnisse der teilnehmenden Krankenkassen finden Sie auf unserer Homepage unter *Praxis → Verträge → Verträge der KVS → Gestationsdiabetes*.

Ansprechpartner:

Servicecenter ☎ 0681-998370

✉: servicecenter@kvsaarland.de