



Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage des §140a SGB V

zwischen der

DAK-Gesundheit

Landesvertretung Bremen

Am Wall 128-134

28195 Bremen

vertreten durch den Leiter der Landesvertretung

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung

Schwachhauser Heerstraße 26/28

28209 Bremen

vertreten durch den Vorstand

- nachfolgend „KVHB“ genannt -

Vertragsnummer 121032DA003

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme der Hausärzte**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**
- § 5 Aufgaben der KVHB**
- § 6 Aufgaben der DAK-G**
- § 7 Grundsätze der Abrechnung**
- § 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVHB**
- § 9 Abrechnung zwischen der KVHB und der DAK-G**
- § 10 Vergütung**
- § 11 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen**
- § 12 Qualitätssicherung, Vertragsausschuss**
- § 13 Beitritt von Krankenkassen**
- § 14 Datenschutz**
- § 15 Salvatorische Klausel**
- § 16 Inkrafttreten und Kündigung**

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“**
- Anlage 2 Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“**
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung des Hausarztes**
- Anlage 4 Versicherteninformation**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung der Versicherten**
- Anlage 6 Merkblatt Datenschutz**
- Anlage 7 Abrechnung und Vergütung**
- Anlage 8 Teilnahmeverzeichnis Versicherte**
- Anlage 9 Prozessablaufdiagramm Hypertonie**
- Anlage 10 Technische Anlage**

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs-, Funktions- und Personenbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen, männlichen und diversen Geschlechts gleichermaßen.

Präambel

Das epidemiologische Bulletin 5/2015 des Robert-Koch-Institutes sagt hinsichtlich der Prävalenz der **Hypertonie**:

Fast jeder dritte Erwachsene ist betroffen, das sind rund 20 Millionen 18- bis 79-Jährige. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sogar drei von vier Erwachsenen eine Hypertonie.

Bezüglich der Krankheitsbedeutung hinsichtlich seiner Folgeerkrankungen steht dort:

Erhöhter Blutdruck hatte nach Schätzungen der Global Burden of Disease-Studie 2010 den zweithöchsten Anteil an der gesamten Krankheitslast in Deutschland:

Erhöhter Blutdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in erster Linie Schlaganfälle, koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz), aber auch für chronische Niereninsuffizienz und Demenz. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass erhöhter Blutdruck 2010 zur größten globalen Gesundheitsgefahr aufgerückt ist.

Es ist davon auszugehen, dass schwerwiegende Komplikationen der hypertensiven Erkrankungen zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten.

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie 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

1. Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.
2. Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.
3. Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsfelder gemäß der Anlagen 1 bis 2.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-G, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend den Anlagen 1 und 2 beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.
2. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 5). 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 4) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 6) erhalten hat. Der Versicherte erhält eine Kopie der unterzeichneten Teilnahme- und Einverständniserklärung.
3. Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-G.
4. 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 DAK-G vergütet.
5. 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 DAK-G 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 DAK-G außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
6. Sofern der teilnehmende Versicherte gegen die vertraglich vereinbarten Pflichten verstößt, kann die DAK-G diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.

Lesefassung

7. Der Versicherte kann im Rahmen dieser Anlage nur einen betreuenden Arzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Ärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der DAK-G an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieser Anlage zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der DAK-G unverzüglich mitzuteilen. Die DAK-G unterrichtet schriftlich die betroffenen Ärzte. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der DAK-G so lange sichergestellt, bis der Arzt von der DAK-G über die Mehrfach-einschreibung unterrichtet wurde.
8. Eine gleichzeitige Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes ist nicht möglich.
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.
10. Die DAK-G informiert den teilnehmenden Arzt und die KVHB zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe (siehe Anlage 10).

§ 3 Teilnahme der Hausärzte

1. Teilnehmen können alle im Bereich der KVHB zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V berechtigten Hausärzte und bei Vertragsärzten angestellte Hausärzte. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.
2. Die Teilnahme ist schriftlich bei der KVHB (Anlage 3) zu beantragen.
3. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Betreuung von durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal
 - b. eigenständige und regelmäßige Fortbildung über die besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages, damit diese stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens eingesetzt werden können. Der Nachweis erfolgt über die Vorlage eines gültigen Fortbildungszertifikats gem. § 95d SGB V.
 - c. Verfügbarkeit über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.
4. Die KVHB überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVHB dem Hausarzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

Lesefassung

5. Der teilnehmende Hausarzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVHB mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
6. Der teilnehmende Hausarzt 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 KVHB mitzuteilen.
7. Die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit
 - a. dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b. der Feststellung der KVHB, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - c. dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen gemäß § 11 dieses Vertrages,
 - d. dem Ende dieses Vertrages.
8. Der teilnehmende Hausarzt stimmt der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten auf der Homepage der DAK-G zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

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 und 2 beschriebenen Leistungen hin.
2. Der Arzt berät den Versicherten umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung und schreibt den Patienten ein (Anlage 5). Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die Teilnahmeerklärung des Versicherten entgegenzunehmen. Die Teilnahmeerklärung verbleibt in der Arztpraxis und ist für eine Dauer von 6 Jahren aufzubewahren. Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, der DAK-G oder der KVHB nach Aufforderung Einsicht in die Teilnahmeerklärungen der Versicherten zu gewähren.
3. Der Arzt erbringt bei den Versicherten der DAK-G die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme. Sofern der Arzt passende DMPs anbietet, an denen der Versicherte noch nicht teilnimmt, soll er jenem die Teilnahme empfehlen.
4. Die jeweiligen Screeningprogramme können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 und 2 beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sind. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei 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.
5. Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Screeningprogramms gemäß Absatz 4 in einem der vorhergehenden Quartale neu

Lesefassung

entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit zweimal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt.

§ 5 Aufgaben der KVHB

1. Die KVHB informiert jährlich per Rundschreiben und auf der Homepage über den genauen Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Ärzte hin.
2. Die KVHB nimmt die Abrechnung der Ärzte entgegen.
3. Die KVHB vergütet die Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4 bis 6. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen entsprechend erfolgt keine Vergütung.
4. Die KVHB prüft, ob bei positivem Untersuchungsbefund im Rahmen der Screeningprogramme die in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KVHB, ob die für die Durchführung der Weiterbetreuungsprogramme in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Nur in diesen Fällen darf die Vergütung für die jeweilige Leistungserbringung ausgezahlt werden. Die KVHB weist die teilnehmenden Hausärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
5. Sofern identische Leistungen in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Hausarzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen.
6. Die KVHB 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 Teilnahmevoraussetzungen.
7. Die KVHB übermittelt der DAK-G regelmäßig, spätestens am 1. Werktag eines Quartals ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte in maschinenlesbarer Form
8. Die KVHB erstellt ein Verzeichnis der teilnehmenden Versicherten und stellt dieses der DAK-G entsprechend der Anlage 8 mindestens einmal im Quartal immer am ersten Werktag in maschinenlesbarer Form per Mail zur Verfügung (siehe Anlage 10).
9. Die KVHB unterstützt die DAK-G bei einer Mailingaktion im zweiten und dritten Vertragsjahr an teilnehmende und nicht teilnehmende Ärzte, um über den Inhalt des Vertrages aufzuklären.

§ 6 Aufgaben der DAK-G

Die DAK-G informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt und Ablauf dieses besonderen Versorgungsvertrages.

§ 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 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.
6. Sofern identische Leistungen in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen.

§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVHB

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Für seine Leistungen rechnet der Arzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs.4 und 5 jeweils einmalig bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, die Leistungsziffern entsprechend der jeweiligen Anlage 1 bis 2 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM gegenüber der KVHB ab.
3. Mit seiner Abrechnung erhält der Arzt je abgerechneter Leistungsziffer extrabudgetär eine Vergütung in Höhe von jeweils 20,00 Euro für das Versorgungsprogramm und 20,00 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms. Für den Mikroalbuminurieteststreifen werden bei Angabe der Pseudonummer 99674 2,00 Euro vergütet. Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die

Lesefassung

DAK-G in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt möglich.

4. Eine zusätzliche Vergütung für diese Leistungen darf vom Patienten nicht verlangt werden.
5. Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVHB, 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.
6. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
7. Die KVHB erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die jeweiligen satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 9 Abrechnung zwischen der KVHB und der DAK-G

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Die KVHB übermittelt der Krankenkasse ein elektronisches Verzeichnis der an dem Vertrag teilnehmenden Versicherten. Der teilnehmende Arzt versichert jeweils mit der Übermittlung, dass die Versicherten nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 an diesem Vertrag teilnehmen. Darüber hinaus erklärt er, dass das Verzeichnis hinsichtlich der teilnehmenden Versicherten ordnungsgemäß geführt ist.
3. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Pseudonummern und Vergütungsbeträgen.
4. Die KVHB prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
5. Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3: Kontenart 570, Kapitel 80 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 DAK-G außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 2 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 11 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

Lesefassung

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:
 - a. schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b. keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
 - c. Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.
2. Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der DAK-G möglich.

§ 12 Qualitätssicherung, Vertragssausschuss

1. Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.
2. Zur Durchführung und einer sukzessiven Weiterentwicklung dieses Vertrages, insbesondere im Hinblick auf etwaige weitere Versorgungsfelder, wird ein Vertragsausschuss gebildet. Der Vertragsausschuss besteht aus jeweils einem Vertreter der DAK-Gesundheit und der KVHB. Der Vertragsausschuss tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

§ 13 Beitritt von Krankenkassen

1. Der Beitritt von Ersatzkassen ist sofort möglich, für alle übrigen Kassenarten frühestens zum 01.01.2020. Der Beitritt ist den Vertragspartnern schriftlich anzuzeigen. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch zum 1. des Folgequartals. Sie werden jedoch ausdrücklich nicht Vertragspartner dieses Versicherungsvertrages. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner.
2. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert. Bei vertraglichen Anpassungen steht den Beigetretenen ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Frist hierfür beträgt drei Monate zum Quartalsende.

§ 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

Lesefassung

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 verpflichtet 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 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.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2019 in Kraft.
2. Sie verlängert sich um jeweils ein Kalenderjahr, sofern sie nicht mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei gekündigt wird.
3. Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn
 - 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.

Unterschriften der Vertragsparteien

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
vertreten durch den Vorstand

Bremen, den

DAK-G Landesvertretung Bremen
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Herrn Jens Juncker

Anlage 1

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie

Zusammenhang

Gemäß den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ (Fassung vom 27.04.2009) der Deutschen/Gesellschaft für Angiologie Gesellschaft für Gefäßmedizin bezeichnet die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) eine Einschränkung der Durchblutung der die Extremitäten versorgenden Arterien bzw. seltener der Aorta.

Zahlreiche epidemiologische Studien mit objektiven Untersuchungstechniken zeigen eine Gesamtprävalenz der pAVK von 3-10%. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15-20% an. Die Prävalenz der asymptomatischen pAVK kann in der Allgemeinbevölkerung nur mittels nicht-invasiver Untersuchungsmethoden eingeschätzt werden. Am häufigsten wurde die Messung des Knöchel-Arm-Index (engl. Ankle Brachial Index, ABI) mittels der nichtinvasiven Messung des Dopplerverschlussdrucks eingesetzt. Ein pathologischer ABI-Befund ist ein unabhängiger Indikator für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität.

In der prospektiven, nicht-interventionellen bundesweiten German epidemiological trial on Ankle Brachial Index (*getABI-Studie*) hatten von 6.880 Patienten ab 65 Jahren jeder fünfte (21,0%) einen ABI < 0,9 oder eine manifeste pAVK.

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben. Ein jüngeres Teilnahmealter wäre aufgrund der relevanten Alterskomponente medizinisch nicht zu empfehlen.

Ausgenommen sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, sollen sie stattdessen zusätzlich an dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilnehmen.

Manifestiert sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsfeld ein Diabetes mellitus neu, so soll die folgende Weiterbetreuung für dieses Feld fortan stattdessen in den inhaltsgleichen Modulen des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus stattfinden.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Es erfolgt eine 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) durch Verwendung eines sog. **Taschendopplers**. Die Untersuchung erfolgt analog zu den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“. Ein Wert von < 0,9 gilt demnach als beweisend für das Vorliegen einer pAVK.

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.

Unsicherheit scheint bezüglich der Verwendung des höchsten oder niedrigsten Knöchelarteriendruck für die Berechnung des ABI zu bestehen. Während in den meisten Studien der höchste Knöcheldruck Verwendung findet, konnte in einer aktuellen Studie für einen ABI < 0,9 durch das Hinzuziehen des niedrigsten Fußarteriendruckwertes die Sensitivität für das Erkennen einer relevanten arteriellen Verschlusskrankheit von 68% auf 93% bei einer vergleichbaren Spezifität von fast 100% verbessert werden. (Schröder et al.: „A modified calculation of ankle-brachial pressure index is far more sensitive in the detection of peripheral arterial disease“ J Vasc Surg 2006; 44(3):531-6)

Während somit 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 Fußarteriendrucks **der Nachweis oder Ausschluss einer pAVK. Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.**

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.

In der Folge soll eine auf den Patienten abgestimmte individuelle Optimierung der antihypertensiven Therapie erfolgen. Mit dem Versicherten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. Als wichtige Ziele sollten vereinbart werden: Gewichtsreduktion bei Übergewicht sowie die Nikotinkarenz bei Rauchern. Der Versicherte soll zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen – motiviert werden.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert werden. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden. Hierbei soll die höchstmögliche Adhärenz angestrebt werden. Ist eine Verschlechterung der hypertensiven pAVK eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Hypertonieerkrankung und - sofern notwendig – Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der pAVK.

Anlage 2

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie

Zusammenhang

Gemäß der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008-2011 (DEGS1) haben rund 2,3 % der Studienpopulation eine eingeschränkte Nierenfunktion, definiert als eine geschätzte glomeruläre Filtrationsrate von unter 60 mL/min/1,73m² und 12,7 % eine eingeschränkte eGFR oder Albuminurie.

Die Prävalenz einer eingeschränkten Nierenfunktion war bei Probanden mit Diabetes mellitus 2,25-fach und bei Probanden mit arterieller Hypertonie 3,46-fach höher.

Nur 28 % der Probanden mit eingeschränkter Nierenfunktion wussten hiervon, und nur 2/3 derjenigen, die von ihrer Nierenfunktionsstörung wussten, waren hierfür in ärztlicher Behandlung.

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose ohne bekannte Diagnose N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0-2, Z99.2

Ausgenommen sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, sollen sie stattdessen zusätzlich an dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilnehmen.

Manifestiert sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsfeld ein Diabetes mellitus neu, so soll die folgende Weiterbetreuung für dieses Feld fortan stattdessen in den inhaltsgleichen Modulen des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus stattfinden.

Umsetzungsinhalte „Früherkennungsprogramm“

Da die üblichen Kombi-Streifentests, welche u.a. Proteinurie und Hämaturie feststellen sollen, die Mikroalbuminurie (20 bis 200 mg/l) nicht erfassen, soll eine Untersuchung im ersten Morgenurin mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen erfolgen, der gleichzeitig die Kreatininmenge bestimmt, so dass dort der Albumin-Kreatinin-Quotient visuell abgelesen werden kann.

Aufgrund der Variabilität der Albuminausscheidung sollte der Albumin/Kreatinin-Quotient im ersten Morgenurin mindestens zwei Mal bestimmt werden.

Wenn zwei Urinproben hintereinander positiv sind, ist eine Albuminurie bewiesen. Wenn zwei Urinproben negativ sind, ist eine Albuminurie ausgeschlossen.

Wenn eine der Urinproben negativ und eine positiv ist, sollte der Test auf Albuminurie in einer dritten Urinprobe erfolgen.

Die Abschätzung der glomerulären Funktion soll mithilfe der Cockcroft-Gault- oder MDRD-Formel durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Einbeziehung der nephrologischen Regelversorgung soll auf den entsprechenden Praxisratgeber der DGfN verwiesen werden. Demnach sollte eine konsiliarische Mitbetreuung bei folgenden Kriterien erfolgen:

- 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 sollten alle Patienten vorgestellt werden:

- mit einer GFR von < 45 ml/min/1,73 m² (ab CKD-Stadium 3b), oder
- mit einer GFR von < 60 ml/min/1,73 m² (ab CKD-Stadium 3a) und gleichzeitigem Auftreten eines der obigen Kriterien (Proteinurie, Hämaturie, Hypertonie, morphologische Veränderungen, nierenspezifische Komorbiditäten)

Die Entwicklung und das Fortschreiten der chronischen Nierenkrankheit können beschleunigt werden durch:

- unzureichende Blutzuckereinstellung
- Hypertonie
- Rauchen
- evtl. Anämie
- erhöhte Eiweißzufuhr

Durch Beeinflussung dieser Faktoren soll die Entwicklung und/oder Progression der chronischen Nierenkrankheit verhindert oder zumindest verlangsamt werden. Hierzu soll der Betroffene umfassend über seine Situation aufgeklärt werden und mit ihm gemeinsam Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert werden. Überprüft werden sollte:

- 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 ml/min) zusätzlich:

- Hämoglobin, Hämatokrit,
- Serum-Phosphat, Serum-Kalzium,
- ggf. Parathormon.

Nephrologische Mitbetreuung ist bei Auftreten einer höhergradigen Niereninsuffizienz notwendig.

In diesem Zusammenhang soll das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue nachverfolgt und die Ziele ggf. angepasst werden. Hierbei soll die höchstmögliche Adhärenz angestrebt werden. Ist eine Verschlechterung der chronischen Nierenkrankheit eingetreten, erfolgt insbesondere auch eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Hypertonie.

Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Per Brief oder FAX (0421/3404-347) an

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Schwachhauser Heerstr. 26-28
28209 Bremen

Vertrag über die **frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie** auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der KV Bremen und der DAK-Gesundheit

Hiermit erkläre ich, an dem o. g. Vertrag teilzunehmen.

- (1) Ich bin über die Ziele und den Inhalt des o.g. Vertrages informiert.
- (2) Ich erkläre, dass ich die Voraussetzungen gemäß § 3 Nr. 3 des o. g. Vertrages als teilnehmender Arzt erfülle.
- (3) Ich verpflichte mich, die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen ausschließlich gegenüber der KV Bremen in Rechnung zu stellen. Ich erkläre, die von mir im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen nicht gegenüber den gesetzlich krankenversicherten Patienten selbst geltend zu machen.
- (4) Mir ist bekannt, dass
 - die Teilnahme freiwillig ist und meine Teilnahme von mir jeweils vier Wochen vor Quartalsende schriftlich gekündigt werden kann. Maßgeblich ist der fristgerechte Eingang der Kündigung bei der KV Bremen
 - die Teilnahme am Vertrag im Fall von Vertragsverstößen von der KV Bremen mit sofortiger Wirkung beendet werden kann.

Mit der regelmäßigen Übermittlung eines Verzeichnisses mit Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer der Teilnehmer des Vertrages an die DAK Gesundheit und der Veröffentlichung der Liste auf der Homepage der KV Bremen bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Vertragsarztstempel

Wichtig:

Bei der Teilnahme von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) muss **jedes** Mitglied der BAG, das teilnehmen will, diese Erklärung unterschreiben!

BSNR:	LANR:	Vorname, Name	Unterschrift:

Anlage 7

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 vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie ab Vollendung des 50. Lebensjahres				
Pseudonr.	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
99660	Einschreibung Modul 1 (Periphere arterielle Verschlusskrankheit)	0,00€		
99661	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben Pseudonummer 99662 und/oder 99663 abgerechnet werden.	Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)
99662	Screeningprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben Pseudonummer 99661 und im Behandlungsfall nicht neben der 99663 abgerechnet werden.	I70.2- + Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)
99663	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der Pseudonummer 99662, wenn diese Pseudonummer in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	I70.2- + Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)

Modul 2: Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus				
Pseudonr.	Leistung	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
99670	Einschreibung Modul 2 (Chronische Nierenkrankheit)	0,00€		
99671	Screeningprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben Pseudonummer 99672 und/oder 99673 abgerechnet werden.	Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)
99672	Screeningprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund	20,00 €	Kann nur 1x im Krankheitsfall abgerechnet werden. Kann im Krankheitsfall nicht neben Pseudonummer 99671 und im Behandlungsfall nicht neben der 99673 abgerechnet werden.	N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19 + Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)

Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

99673	Weiterbetreuungsprogramm	20,00 €	Kann max. 2x je Kalenderjahr abgerechnet werden; jedoch nicht im selben Quartal. Im selben Kalenderjahr nur 1x neben der Pseudonummer 99672, wenn diese Pseudonummer in einem der vorherigen Quartale abgerechnet wurde.	N18.1, N18.2, N18.3, N18.4, N18.5, N19 + Hypertensive Erkrankung (I10.- bis I13.-)--
99674	Teststreifen Mikroalbuminurie	2,00 €	1x neben der Pseudonummer 99671 oder 99672 abrechenbar.	

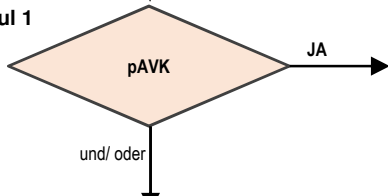
Anlage 8 - Teilnahmeverzeichnis Versicherte

IK	EKVRN	Name	Vname	GebDatum	Einschreibe-LANR	Einschreibe-BSNR	Beginn	Ende	ggf. Endegrund	Status

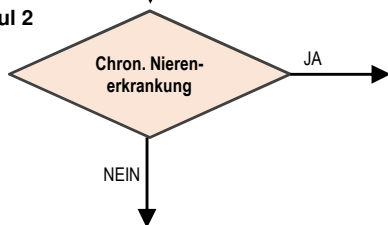
Vertragsnummer 121032DA003

DAK-Patient mit gesicherter Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.-) ohne bekanntem Diabetes mellitus* und ohne nachfolgender Diagnose

Modul 1



Modul 2

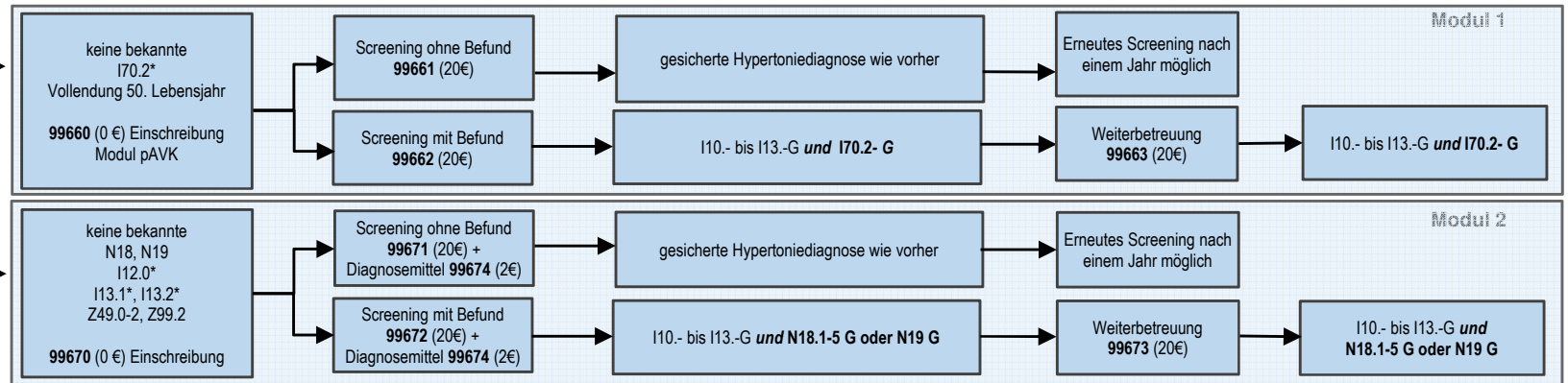


Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag nicht erfüllt

Anlage 9

Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Prozessablaufdiagramm, Übersicht



* liegt ein bekannter Diabetes mellitus vor, erfolgt die Einschreibung stattdessen in den "Vertrag über eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus"