

Anlage 8
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen
der Hypertonie

zum

Vertrag nach § 140a SGB V zur Verbesserung und Förderung der vernetzten
medizinischen Versorgung in Thüringen
(Rahmenvertrag) vom 20.06.2019

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
vertreten durch die 1. Vorsitzende des Vorstandes
Frau Dr. med. Annette Rommel
- im Folgenden „KVT“ genannt -

und

der DAK-Gesundheit
- im Folgenden „DAK-G“ genannt -

Lesefassung vom 06.03.2020 inkl.

1. Änderungsvereinbarung vom 31.01.2020

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme des Hausarztes**
- § 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes**
- § 5 Aufgaben der KVT**
- § 6 Aufgaben der DAK-G**
- § 7 Qualitätssicherung**
- § 8 Vergütung des Hausarztes**
- § 9 Abrechnung und Vergütung zwischen dem Hausarzt und der KVT**
- § 10 Abrechnung und Vergütung zwischen der KVT und der DAK-G**
- § 11 Datenschutz**
- § 12 Schlussbestimmungen**

Anhangverzeichnis

- Anhang 1 Versorgungsmodul vaskuläre Komplikationen:
Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie**
- Anhang 2 Versorgungsmodul nephrologische Komplikationen:
Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie**
- Anhang 3 Übersicht zur Abrechnung und Vergütung**
- Anhang 4 Prozessablaufdiagramm Hypertonie**

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 sowie die mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen stets einhergehenden Kosten deutlich gesenkt werden.

§ 1

Ziele und Gegenstand

- (1) Das Ziel dieser Versorgung besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen der Hypertonie 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.
- (2) Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsmodule in regelmäßigen Abständen Screeningprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.
- (3) Diese Anlage regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsmodule gemäß den Anhängen 1 und 2 dieser Anlage.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-G unabhängig vom Wohnort, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsmodulen entsprechend den Anhängen 1 und 2 beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.
- (2) Der Versicherte kann im Rahmen dieser Anlage nur einen betreuenden **Hausarzt** wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Hausärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der DAK-G an den Versicherten, sich für einen betreuenden Hausarzt im Rahmen dieser Anlage zu entscheiden. Der Versicherte hat der DAK-G seine getroffene Entscheidung unverzüglich mitzuteilen. Die DAK-G unterrichtet schriftlich die betroffenen Hausärzte. Die Vergütung der Hausärzte wird seitens der DAK-G so lange sichergestellt, bis der Hausarzt von der DAK-G über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.
- (3) Eine gleichzeitige Teilnahme gemäß der Anlage 7 dieses Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes ist nicht möglich.
- (4) Im Übrigen gelten die Regelungen im § 4 des Rahmenvertrages zur Teilnahme von Versicherten.

§ 3 Teilnahme des Hausarztes

- (1) Berechtigt zur Teilnahme an dieser Anlage sind alle an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte (nachfolgend „Hausarzt“ genannt), die ihre Teilnahme am Rahmenvertrag durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1 zum Rahmenvertrag) erklärt haben.
- (2) Die teilnehmenden Hausärzte erklären mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Der Hausarzt betreut durchschnittlich mindestens 30 GKV-Patienten mit Hypertonie pro Quartal
 - b. Der Hausarzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken gemäß dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann
 - c. Der Hausarzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.
- (3) Im Übrigen gelten die Regelungen im § 3 des Rahmenvertrages zur Teilnahme von Ärzten.

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes

- (1) Der Hausarzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und informiert diese über
 - a) den Inhalt und die Ziele dieser Anlage, insbesondere über die Möglichkeit der Inanspruchnahme der zu den einzelnen Versorgungsmodulen gemäß Anhängen 1 und 2 beschriebenen Screening- bzw. Weiterbetreuungsprogramme und

- b) die Voraussetzungen, die Freiwilligkeit sowie Rechte und Pflichten ihrer Teilnahme.
- (2) Der Hausarzt, sofern er passende DMP anbietet, soll den Versicherten (wenn dieser noch nicht in das DMP eingeschrieben ist) bei Vorliegen der Voraussetzungen und Zustimmung des Versicherten in das DMP einschreiben.
- (3) Der Hausarzt erbringt bei den Versicherten die in den einzelnen Versorgungsmodulen (Anhänge 1 und 2) beschriebenen Screening- bzw. Weiterbetreuungsprogramme.
- (4) Die jeweiligen Screeningprogramme können bei jedem in Frage kommenden Versicherten erbracht werden, wenn die Screeningprogramme in den letzten drei Vorquartalen bei demselben Versicherten durch den einschreibenden Hausarzt noch nicht durchgeführt und abgerechnet wurden und dem teilnehmenden Hausarzt die in den Anhängen 1 und 2 dieser Anlage 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 Hausarztes mindestens einmal verschlüsselt wurden. Eine Wiederholung der Screeningprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.
- (5) Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsmodule können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Screeningprogramms gemäß Absatz 4 neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsmodul definierte Diagnose vorliegt. Das jeweilige Weiterbetreuungsprogramm kann quartalsweise durchgeführt werden, im selben Quartal jedoch nicht neben dem Screeningprogramm des entsprechenden Versorgungsmoduls.

§ 5

Aufgaben der KVT

- (1) Die KVT prüft, ob – nach Feststellung eines positiven Untersuchungsbefundes durch den Hausarzt im Rahmen der Screeningprogramme – die in den jeweiligen Versorgungsmodulen definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD-10-GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KVT, ob die für die Durchführung der Weiterbetreuungsprogramme in den jeweiligen Versorgungsmodulen 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 gezahlt werden. Die KVT weist die teilnehmenden Ärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin. Nachträgliche Änderungen oder Ergänzungen der Diagnosedaten sind nach Maßgabe des § 303 Abs. 4 SGB V unzulässig.
- (2) Die KVT vergütet die Hausärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Abs. 1. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen entsprechend Abs. 1 erfolgt keine Vergütung.
- (3) Die KVT übermittelt der DAK-G gemäß § 10 des Rahmenvertrages eine Liste der teilnehmenden Hausärzte.

§ 6

Aufgaben der DAK-G

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

§ 7 Qualitätssicherung

Die Umsetzung dieser Anlage erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

§ 8 Vergütung des Hausarztes

- (1) Gemäß § 5 des Rahmenvertrages erhält der einschreibende Arzt für die Beratung und Einschreibung von Versicherten gemäß dieser Anlage einmalig je Versicherten eine Vergütungspauschale gemäß der Abr.-Nr. 99708 in Höhe von 5,00 Euro. Diese ist parallel zu weiteren Leistungen dieses Rahmenvertrages, der Anlagen bzw. Versorgungsmodule abrechnungsfähig, mit Ausnahme der Leistungen der Anlage 7.
- (2) Für seine Leistungen rechnet der einschreibende Hausarzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 4 (Screeningprogramm) bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen sowie nach § 4 Abs. 5 (Weiterbetreuungsprogramm) die Abr.-Nrn. entsprechend der jeweiligen Screening- und Weiterbetreuungsprogramme unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10-GM mit der Diagnosesicherheit „G“ gegenüber der KVT ab.
- (3) Die detaillierte Vergütung der Screening- und Weiterbetreuungsprogramme ist den jeweiligen Versorgungsmodulen bzw. dem Anhang 3 zu entnehmen.
- (4) Für die Mikroalbuminurie-Teststreifen werden bei Angabe der Abr.-Nr. 97772 je Teststreifen 2,00 Euro vergütet. Eine Prüfung des Bezuges eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die DAK-G – in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage – gegenüber der KVT möglich.
- (5) Eine Abrechnung der Leistungen nach dieser Anlage 8 einschließlich der Anhänge 1 und 2 ist im selben Behandlungsfall neben den Leistungen der Anlage 7 einschließlich der Anhänge 1 bis 5 ausgeschlossen.

§ 9 Abrechnung und Vergütung zwischen dem Hausarzt und der KVT

Die Abrechnung und Vergütung zwischen dem Hausarzt und der KVT erfolgt gemäß der Regelungen im § 6 des Rahmenvertrages.

§ 10 Abrechnung und Vergütung zwischen der KVT und der DAK-G

Die Abrechnung und Vergütung zwischen der KVT und der DAK-G erfolgt gemäß der Regelungen im § 7 des Rahmenvertrages.

§ 11 Datenschutz

- (1) 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.
- (2) Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften abrufen.
- (3) Sofern in dieser Anlage und deren Anhängen nichts Abweichendes vereinbart wird, gelten die Bestimmungen zum Datenschutz gemäß § 8 des Rahmenvertrages.
- (4) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieser Anlage erfolgt ausschließlich mit anonymisierten, der DAK-G zur Verfügung stehenden Daten, die keinen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten zulassen.

§ 12 Schlussbestimmungen

- (1) Sollte die DAK-G in einem anderen KV-Bezirk die Leistungen dieser Anlage mit einer höheren Vergütung vereinbaren, steht der KVT ein Recht auf Nachbesserung der Vergütung zu. Gleiches gilt für die DAK-G, wenn die KVT einen inhaltsgleichen Vertrag mit einer anderen Krankenkasse mit einer niedrigeren Vergütung vereinbart.
- (2) Sofern in dieser Anlage nichts Abweichendes vereinbart wird, gelten die Regelungen des Rahmenvertrages.