

## **Leistungsvereinbarung für die diabetologische Betreuung bei Gestationsdiabetes**

Um Sie bestmöglich zu unterstützen, bieten wir Ihnen in unserer Schwabenpraxis eine strukturierte, individuelle und leitliniengerechte Betreuung an. Diese bestehen aus 2 möglichen, aufeinander aufbauenden Blöcken: Informationsveranstaltung und wenn gewünscht im Anschluss diabetologische Betreuung bis zur Geburt. Bitte nur anmelden bei nachgewiesenen Gestationsdiabetes. Eine Teilnahme ist nur möglich, wenn der Rechnungsbetrag vorab bezahlt wurde.

### **1. GDM-Seminar Basis: Gestationsdiabetes-Informationsseminar vormittags 9.30 - 11.30 Uhr (ca. 35x/ Jahr, alle 1-2 Wochen)**

- Erklärung der Erkrankung, Risikofaktoren und Auswirkungen
  - Studienlage wird erklärt: Welche Blutzuckerwerte sind in Ordnung
  - Wie kann ich meine Blutzuckerwerte positiv beeinflussen
  - Bei welchen Werten muss eine Therapie eingeleitet werden
  - Wie messe ich den Blutzucker und wann messe ich
  - Motivation, Beratung und Stärkung der Eigenkompetenz
  - Rezeptierung aller erforderlichen Materialien  
(z. B. Blutzuckermessgerät, Teststreifen, Stechhilfen)
- Preis: 110 Euro

### **2. GDM-Betreuung (falls gewünscht / falls notwendig)**

- Interpretation der Blutzuckerwerte durch uns
  - Rückmeldung zu Ihren Messwerten
  - Wenn gewünscht bis zu wöchentlicher Kontakt, meist per e-mail
  - Bei erhöhten Werten Rückmeldung über Möglichkeiten den Blutzucker zu beeinflussen
  - ggf. **Einleitung und Anpassung einer Insulintherapie**
- Preis 120 Euro

Anmeldung/	Kosten/	Anmerkungen
		Die bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten über die gesetzliche Krankenversicherung (Positionsnummern <b>99989</b> und <b>99998</b> ) wurden zum <b>01.01.2019</b> gestrichen. Die <b>Kassenärztliche Vereinigung</b> empfiehlt daher, diese Leistungen den Versicherten privat in Rechnung zu stellen. Besonderheit: Bei der AOK Baden-Württemberg + DAK gibt es weiterhin direkte Abrechnungsmöglichkeit der Leistung, als Versicherter dieser Kassen müssen Sie kein Geld überweisen. Die Kosten für alle anderen Patienten wurden nach der GOÄ und analog den Abrechnungsziffern von DAK und AOK Facharzverträgen kalkuliert.

### **Anmeldung GDM-Seminar Basis:**

**1.** Überweisung 110 Euro an:

BAG Scherer/Dr. König/ Dr. Espe  
DE15 6005 0101 0405 1765 46

BW Bank

(bei AOK Baden-Württemberg + DAK keine Überweisung notwendig)

**2.** Anmeldung per Telefon, automedic App oder Onlinerezeption  
([www.schwabenpraxis.de](http://www.schwabenpraxis.de))

### **Anmeldung GDM-Betreuung**

**1.** Überweisung 120 Euro an:

BAG Scherer/Dr. König/ Dr. Espe  
DE15 6005 0101 0405 1765 46

BW Bank

(bei AOK Baden-Württemberg + DAK keine Überweisung notwendig)

**2.** Nach Überweisung können Sie mit den zuständigen Diabetesberaterinnen digital oder vor Ort die (auffälligen) Blutzuckerwerte und weiteres Vorgehen besprechen. Die Kontaktmöglichkeiten werden im Basis-Seminar genannt. Betreuung nur nach Teilnahme am Basis-Seminar möglich.

Nach Bezahlung der Gebühr und Teilnahme an unseren Gestationsdiabetes Leistungen erhalten Sie eine Rechnung. Wir empfehlen Ihnen, die Rechnung bei Ihrer Krankenkasse einzureichen. Die **Mehrzahl der Krankenkassen** erstattet diese Leistungen.

### **Aktuell nicht erstattungsbereit sind:**

**IKK (außer IKK Südwest), LKK, AOK Bayern, BKK ZF & Partner**

**„Kleingedrucktes“: Rechtliche Hinweis zu Leistungen außerhalb des Versicherungsschutzes:**  
Wenn kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Leistungen in Anspruch genommen werden, die nicht vollständig durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt sind, besteht keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers. In solchen Fällen ist die Patientin als Selbstzahlerin verpflichtet, das Entgelt bzw. mögliche Differenzbeträge vollständig zu übernehmen.

Mir sind die Regelungen zur Betreuung bei Gestationsdiabetes bekannt, insbesondere dass sie keine klassische Kassenleistung sind, ich erst nach Bezahlung der Gebühren betreut werden kann und ich mich (außer bei der DAK und AOK Baden-Württemberg) selbst um die Kostenerstattung bei meiner Krankenkasse bemühen muss.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_