Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage § 73c SGB V

zwischen der

DAK-Gesundheit
Vertragsgebiet Sachsen

und der

Kassenärztlichen Vereinigung

Sachsen

Vertragsnummer: BC98IV023 / 17171982DA003

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages

§ 2 Teilnahme der Versicherten

§ 3 Teilnahme des Vertragsarztes

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

§ 5 Aufgaben der KV

§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit

§ 7 Qualitätssicherung

§ 8 Vergütung

§ 9 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

§ 10 Bereinigung

§ 11 Rechnungslegung und Bezahlung

§ 12 Datenschutz

§ 13 Geheimhaltung

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

§ 15 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 **Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten**

Anlage 2 **Neurologische Komplikation: LUTS**

Anlage 3 **Vaskuläre Komplikationen**

Anlage 4 **Diabetesleber**

Anlage 5 **Nephrologische Komplikationen**

Anlage 6 **Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt**

Anlage 7 **Teilnahmeerklärung der Versicherten**

Anlage 8 **Technische Anlage**

Anlage 9 **Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes**

Präambel

Gemäß „Deutschem Gesundheitsbericht Diabetes 2014“ geben derzeit etwa 6 Millionen Menschen in Deutschland an, dass bei ihnen ein Diabetes diagnostiziert wurde. Vergleicht man die Schätzungen aus der DEGS 1-Studie mit dem methodengleichen Bundesgesundheitssurvey von 1998 des RKI ist die Diabetesprävalenz innerhalb der letzten Dekade von 5,2 auf 7,2 Prozent angestiegen. Nach diesem Trend ist zu erwarten, dass die bereits hohe Anzahl an Diabetikern auch in den kommenden Jahren noch weiter ansteigen wird.

In der Einleitung der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 24 „Diabetes mellitus“ heißt es: Der Diabetes mellitus hat eine erhebliche gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung. Diese ergibt sich aus der Erkrankungshäufigkeit, der erhöhten Sterblichkeit vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sowie den diabetesbedingten Folgeerkrankungen, die mit der Gefahr von Erblindung, Dialysepflicht und Amputation von Gliedmaßen einhergehen können.

Damit ist der Diabetes eine Erkrankung, die mit weit reichenden Belastungen für Betroffene verbunden ist. Er ist zudem ein wesentlicher Faktor für eine erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen und Kosten im Gesundheitswesen.

Es ist davon auszugehen, dass schwerere Verlaufe des Diabetes zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten.

Das Disease-Management-Programm „Diabetes mellitus“ stellt bereits einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung eines schwerwiegenden Krankheitsverlaufes dar. Darüber hinaus existieren aber auch dort noch nicht berücksichtigte, dennoch medizinisch relevante Folgeerkrankungen sowie zusätzliche, neue Untersuchungstechniken der diabetestypischen Komplikationen, deren Einsatz über den erwartbaren Umfang der Regelversorgung hinausgehen.

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit Diabetes mellitus 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

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 hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.

Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Programme gemäß der Anlagen 1 bis 5.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit, die sich aufgrund ihrer Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.
2. Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 7, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-Gesundheit den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
3. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf dem von der Praxis vorgehaltenen Formular gemäß Anlage 7, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen das Merkblatt Versicherteninformation gemäß Anlage 6 ausgehändigt wurde.
4. Die Teilnahme der Versicherten endet
   - mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
   - mit Beendigung dieses Vertrages,
   - durch Kündigung ihrer Teilnahme gegenüber der DAK-Gesundheit mit Frist von 4 Wochen. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Im Kündigungsfall informiert die DAK-Gesundheit den behandelnden Arzt.

§ 3 Teilnahme des Vertragsarztes

1. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs.2 SGB V, die als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 und 3 - 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptbetriebsstätte auch die Nebenbetriebsstätte/Zweigpraxis sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein. Die Teilnahme ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen.
2. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs.2 SGB V tätige Ärzte des Fachgebietes für Innere Medizin mit der Anerkennung als Diabetologe DDG, Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder mit der Subspezialisierung Endokrinologie oder mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptbetriebsstätte auch die Nebenbetriebs-

stätte/Zweigpraxis sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein Die Teilnahme ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen.

3. Die teilnehmenden Vertragsärzte müssen die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:

- Der Vertragsarzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal.
- Der Vertragsarzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.
- Der Vertragsarzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.

4. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen gekündigt werden.
5. Die Teilnahme des Vertragsarztes an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit des Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag zwischen der DAK-Gesundheit und der KV Sachsen endet.
6. Die Teilnahme des Vertragsarztes endet ferner mit dem Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte

1. Der Vertragsarzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Leistungen hin.
2. Der Vertragsarzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 7 aus und händigt die Versicherteninformation/das Datenschutzmerkblatt gemäß Anlage 6 aus. Er übermittelt die Teilnahmeerklärung (im Original) innerhalb von 14 Tagen an die

   DAK-Gesundheit,
   Postzentrum,
   22778 Hamburg

3. Der Vertragsarzt, sofern er am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und / oder Typ 2 teilnimmt, schreibt den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen und Zustimmung durch den Versicherten in das DMP Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 ein und erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit Leistungen, die in den einzelnen Versorgungsprogrammen (Anlagen 1 bis 5) beschrieben sind.
4. Unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme führt der Vertragsarzt bei jedem teilnehmenden Versicherten zusätzlich ein Basisuntersuchungsprogramm durch. Dieses beinhaltet folgende Leistungen:

   - Anamnese
   - Erhebung des Ganzkörperstatus

- Allgemeine Beratung, einschließlich symptombezogener klinischer Untersuchung.

5. Die jeweiligen Versorgungsprogramme können bei jedem der in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, wenn diese in den vergangenen 3 Quartalen bei den jeweiligen Versicherten nicht durchgeführt wurden. Dadurch ist ein medizinisch sinnvoller zeitlicher Abstand zwischen den einzelnen Untersuchungen gewährleistet. Dabei dürfen die in den jeweiligen Versorgungsprogrammen beschriebenen Diagnosen dem teilnehmenden Vertragsarzt zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sein. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder im vorhergehenden Jahr mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Praxis des teilnehmenden Vertragsarztes verschlüsselt wurden.
6. Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Versorgungsprogramms gemäß Absatz 5 in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit 2- bis 4-mal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt.

§ 5 Aufgaben der KV

1. Die KV informiert jährlich per Sonderrundschreiben zwei Monate vor Beginn eines Vertragsjahres sowie im ersten Vertragsjahr frühestmöglich nach Vertragsunterzeichnung über den genauen Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Vertragsärzte hin.
2. Die KV nimmt die Abrechnung der Vertragsärzte entgegen.
3. Die KV vergütet die Vertragsärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen entsprechend Absatz 4 erfolgt keine Vergütung.
4. Die KV prüft, ob bei positivem Untersuchungsbefund im Rahmen der Versorgungsprogramme die in den jeweiligen Modulen definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültigem ICD10-GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KV, ob die für die Durchführung der Weiterbetreuungsprogramme in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültigem ICD-10GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Nur in diesen Fällen darf die Vergütung für die jeweilige Leistungserbringung ausgezahlt werden. Die KV weist die teilnehmenden Vertragsärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
5. Mit der Information über den genauen Inhalt dieses Vertrages nach Absatz 1 berät die KV die teilnehmenden Vertragsärzte ebenfalls über die Beschaffung der benötigten Sachmittel.
6. Die KV Sachsen übermittelt der DAK-Gesundheit quartalsweise eine Übersicht der teilnehmenden Vertragsärzte im csv-Format (Anlage 8 - Technische Anlage).

§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit

1. Die DAK-Gesundheit informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsprogramms.
2. Die DAK-Gesundheit liefert quartalsweise bis zum 35. Tag des Folgequartals die Übersicht teilnehmender Versicherter gemäß der Technischen Anlage (Anlage 8).

§ 7 Qualitätssicherung, Beirat, Exklusivität

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

Zur Durchführung und einer sukzessiven Weiterentwicklung dieses Vertrages, insbesondere im Hinblick auf etwaige weitere Versorgungsmodule, wird ein Beirat gebildet. Der Beirat besteht aus jeweils einem Vertreter der DAK-Gesundheit und der KV Sachsen. Der Beirat tagt bei Bedarf.

Die Vertragsparteien vereinbaren für das erste Kalenderjahr nach Vertragsabschluss Exklusivität, das bedeutet, dass die KV darf in dieser Zeit keinen gleichlautenden oder vergleichbaren Vertrag mit einer anderen Krankenkasse abschließen.

§ 8 Vergütung

1. Für seine Leistungen nach § 4 Abs. 4 erhält der Arzt einmal im Kalenderjahr je teilnehmenden Versicherten eine Vergütung in Höhe von 2,50 Euro (Abrechnungsnummer 99099), sofern gegenüber dem teilnehmenden Versicherten zusätzlich mindestens eine Leistung nach § 4 Abs. 5 und / oder 6 erbracht und abgerechnet wurde. Diese Pauschale wird von der KVS zugesetzt.
2. Für seine Leistungen rechnet der Arzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 5 und 6 bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen und durch die DAK Gesundheit in den Vertrag eingeschrieben wurden, die Abrechnungsnummern entsprechend der jeweiligen Anlage unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10-GM, Diagnosesicherheit „G“ gegenüber der KV ab.
3. Mit seiner Abrechnung erhält der Arzt je abgerechneter Abrechnungsnummer außerhalb der MGV eine Vergütung in Höhe von jeweils 10,00 Euro für das Versorgungsprogramm und 10,00 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms. Für den Bezug eines Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung werden bei Angabe der Abrechnungsnummer für Sachmittel 99090S 17,00 Euro vergütet. Für den Mikroalbuminurieteststreifen werden bei Angabe der Abrechnungsnummer für Sachmittel 99094S 2,00 Euro vergütet. Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die DAK-Gesundheit in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt möglich.

§ 9 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

Die teilnehmenden Ärzte unterliegen auch im Rahmen der Leistungen aus diesem Vertrag der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung gemäß § 106a SGB V.

§ 10 Bereinigung

Eine Bereinigung der arztseitigen Vergütung aus dem EBM findet statt. Die Bereinigung erfolgt im Rahmen des jeweiligen Behandlungsfalles je Leistung nach § 4 Abs. 4. Der zu bereinigende Betrag ergibt sich aus § 8 Abs. 1. Die Summe der Bereinigungsbeträge wird der DAK-Gesundheit quartalsweise mit der KV-Abrechnung gutgeschrieben.

§ 11 Rechnungslegung und Bezahlung

Die DAK-Gesundheit zahlt mit befreiender Wirkung die vereinbarten Vergütungssätze an die KV. Die Rechnungsstellung erfolgt unter Nennung der jeweiligen Abrechnungsnummern unter Kontenart 409, Kapitel 99, Abschnitt 3 über Formblatt 3. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.

§ 12 Datenschutz

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.

Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

§ 13 Geheimhaltung

Die Vertragspartner vereinbaren Vertraulichkeit über den Inhalt dieses Vertrages. Die Kommunikation gegenüber Dritten erfolgt nur nach gemeinsamer Absprache.

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2015 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
   - ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
   - auf Grund 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.

§ 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.

Dresden, den 22.01.2015

gez.	gez.
_____	_____
Kassenärztliche Vereinigung Sachsen	DAK Gesundheit Vertragsgebiet Sachsen

Anlage 1
Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

Zusammenhang:

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ (Fassung vom 28. November 2011) beschreibt die diabetische Neuropathie als heterogene Erkrankung mit unterschiedlicher klinischer Manifestation, die verschiedene Regionen des peripheren und des autonomen Nervensystems betreffen kann. Die Prävalenz wird bei Typ-1-Diabetes mit bis zu 54% und bei Typ-2-Diabetes mit bis zu 46% angegeben. Ziegler et al. konnten in ihrer Studie *„Prevalence of cardiovascular autonomic dysfunction assessed by spectral analysis, vector analysis, and standard tests of heart rate variation and blood pressure responses at various stages of diabetic neuropathy“* (Diabet Med 1992a;9(9):806-14) zeigen, dass eine Koinzidenz von ca. 50% zwischen einer sensomotorischen und autonomen Neuropathie besteht

Die NVL empfiehlt eine Früherkennungsuntersuchung bei Menschen mit Typ-2-Diabetes zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eines Diabetes und bei Menschen mit Typ-1-Diabetes spätestens 5 Jahre nach Diagnosestellung. Wenn keine Neuropathie vorliegt, soll einmal jährlich ein Neuropathiescreening durchgeführt werden.

Eine Störung der Sudomotorik ist nicht selten die erste Manifestation einer diabetischen Neuropathie. Hier kann im Rahmen der Früherkennung ein in den Praxisempfehlungen „Diabetische Neuropathie“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft aufgeführtes Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung zum Einsatz kommen, zu dem es diverse Studien als Screeninginstrument gibt, z.B. Quattrin et al.(*The […] test: a visual indicator test for human diabetic neuropathy*, Diabetologia Volume 51, Number 6 / June, 2008) und Ziegler et al. (*[…]: evaluation of three cut-off points of sudomotor dysfunction for early detection of polyneuropathy in recently diagnosed diabetes*, Diabet Med. 2011 Jun 9. doi: 10.1111/j. 1464- 5491.2011 .03345.x).

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 bis E14, ohne bekannte Diagnose E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4, G59.0, G63.2 und G99.0.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Im Rahmen dieses Programmes wird zunächst das Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung gemäß der Gebrauchsanweisung eingesetzt.

Zeigt sich hier eine Beeinträchtigung der Schweißsekretion, weist dies auf eine im Rahmen einer autonomen Polyneuropathie bestehenden Störung der Sudomotorik hin.

Anschließend erfolgt in jedem Fall eine ausführliche körperliche Untersuchung, die ausgehend von der NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ folgende

Daten und Untersuchungen umfassen soll:

- Anamnese mit Erfassung von Risikofaktoren, -indikatoren bzw. klinischen Korrelaten für die sensomotorische diabetische Polyneuropathie;

- Erfassung neuropathischer Plus- und Minussymptome (z. B. sensible Reizerscheinungen, Schmerzen, Krämpfe, Taubheitsgefühl), insbesondere anamnestische Erfassung von Schmerzintensität, -lokalisation und schmerzauslösenden Situationen (mithilfe validierter Fragebögen);
- Inspektion und klinische Untersuchung (Hautfarbe, trophische Störungen, Fußdeformität, Fußulkus, Verletzungen, Hauttemperatur);
- Screening auf Fußkomplikationen unter Beachtung des in Anlage 3 beschriebenen Versorgungsfeldes „Angiopathie bei Diabetes mellitus“
- einfache neurologische Untersuchungsmethoden: Untersuchung der Achillessehnenreflexe, des Vibrationsempfindens mit der 128 Hz-Stimmgabel nach Rydel-Seiffer sowie des Druck- und Berührungsempfindens mit dem 10 g-Monofilament.

Die Untersuchungen sind immer bilateral durchzuführen. Je nach Notwendigkeit werden weitere Untersuchungen innerhalb der regulären Versorgung durchgeführt bzw. veranlasst.

Bei Feststellung einer diabetischen Polyneuropathie wird der Untersuchungsbefund ausführlich mit dem Versicherten besprochen. Hierzu gehört auch eine Aufklärung über die Risiken, die sich aus einer verminderten Schweißsekretion ergeben (-> erhöhte Gefahr für Minimalläsionen) und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden kann.

In der Folge soll eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung erfolgen. Mit dem Versicherten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. In diesem Zusammenhang soll ferner empfohlen werden, Alkohol allenfalls in moderaten Mengen zu konsumieren

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung kontrolliert werden, dabei sollen die in den NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ genannten klinischen Untersuchungsmethoden in notwendigem Umfang zum Einsatz kommen. Ein wichtiger Fokus soll auf der gründlichen Fußinspektion liegen. Die Notwendigkeit der regelmäßigen Selbstuntersuchung sowie die Beachtung von anerkannten Pflegeempfehlungen soll hierbei gegenüber dem Versicherten verdeutlicht 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 diabetischen Neuropathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen

Abrechnungsnummer 99090O
Beschreibung: Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: E1*.* G
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99090O und 99090A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99090A
Beschreibung: Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: G59.0 G, G63.2 G und / oder G99.0 G
und
E1*.4 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99090O und 99090A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99090B
Beschreibung: Weiterbetreuungsprogramm
ICD-Codes: G59.0, G63.2 G und/oder G99.0 G
und
E1*.4 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Behandlungsfall
Wert: 10,00€

Die Abrechnungsnummern 99090O, 99090A und/oder 99090B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99090S
Beschreibung: Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung
(Abrechnungsnummer für Sachmittel)
ICD-Codes: ---
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall, im zeitlichen Zusammenhang mit den Abrechnungsnummern 99090O oder 99090A
Wert: 17,00€

Anlage 2
Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus

Zusammenhang:

Die Blasenfunktion ist ein sehr komplexer Prozess, der maßgeblich nerval gesteuert wird. Liegt eine diabetische Neuropathie vor, so kann es u.a. auch zu motorischen Störungen im Bereich der Blase kommen. Im frühen Stadium besteht eine Detrusorinstabilität (neurogene Reflexblase), während in einem fortgeschrittenen Stadium oftmals die Detrusorhypokontraktilität der diabetischen Zystopathie (schlaffe neurogene Harnblase) im Vordergrund steht. Neben den Entleerungsstörungen kann es dann auch zur Bildung von Restharn kommen. Langfristig können dadurch gravierende Schäden an den Nieren entstehen. Viele Betroffene sprechen aus Scham nicht über Ihre Beschwerden, weswegen ein aktiver Umgang mit der Problematik seitens des Arztes nötig ist.

Der Artikel „Der Diabetiker in der urologischen Praxis – eine besondere Risikogruppe für LUTS?“ von Wiedemann und Füsgen (Urologe 2009 · 49:238–244 · DOI 10.1007/s00120-009-2176-0) beschreibt die Ergebnisse der Wittener Diabeteserhebung an 4071 Typ-2-Diabetikern. Rund zwei Drittel aller Typ-2-Diabetiker wiesen bei einer systematischen Befragung LUTS auf. Eine besonders hohe Inzidenz bestand bei längerer Diabetesdauer, höherem Lebensalter sowie bei schon eingetretenen Diabeteskomplikationen. Es wird empfohlen, LUTS bei Typ-2-Diabetikern systematisch in der vertragsärztlichen Praxis zu erfassen und zu berücksichtigen.

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E 10 – E14 ohne bekannte Diagnose N31.1 oder N31.2. Die Maßnahme richtet sich explizit auch an Versicherte mit bereits bekannten anderen neurologischen Komplikationen.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Ausgehend von der NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ sollte eine gezielte Befragung nach Miktionsstörungen (Miktionsfrequenz, Restharn, Harnwegsinfekte, Harnstrahlabschwächung, Notwendigkeit der Bauchpresse, Inkontinenz) erfolgen. Der Versicherte soll dann ein Miktionstagebuch (Miktionsfrequenz, Miktionsvolumina und Trinkmenge) über 48 Stunden führen.

Die NVL empfiehlt als Therapie zunächst Verhaltensstrategien wie “timed voiding” (Miktion nach der Uhr) oder “double voiding” (2 Blasenentleerungen innerhalb kurzer Zeit).

Bei schwerwiegenderen Problemen kann eine Überleitung in die urologische Regelversorgung notwendig werden.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung kontrolliert werden, dabei soll insbesondere der Erfolg der empfohlenen Therapie thematisiert werden. Ist eine Verschlechterung der LUTS eingetreten, sollte die Mitbehandlung

durch einen Urologen erörtert werden und eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung erfolgen.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen

Abrechnungsnummer 99091O
Beschreibung: Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: E1*.* G
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99091O und 99091A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99091A
Beschreibung: Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund
ICD-Codes: N31.1 G oder N31.2 G
und
E1*.4 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99091O und 99091A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99091B
Beschreibung: Weiterbetreuungsprogramm
ICD-Codes: N31.1 G oder N31.2 G
und
E1*.4 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Behandlungsfall
Wert: 10,00€

Die Abrechnungsnummern 99091O, 99091A und/oder 99091B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Anlage 3
Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes mellitus

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.

Aus den USA liegen im hausärztlichen Bereich Prävalenzdaten von Risikopatienten (≥70 Jahre oder 50-69 Jahre mit gleichzeitigem Rauchen oder Diabetes) aus der *PARTNERSStudie* vor: hier wiesen 29% der Gesamtpopulation einen erniedrigten ABI oder eine manifeste PAVK auf.

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 – E14 ohne bekannte Diagnose E1*.5 und/oder I79.2, I70.2*, I73.*, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben. Ein jüngeres Teilnahmealter wäre aufgrund der relevanten Alterskomponente medizinisch nicht zu empfehlen.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Es erfolgt eine dopplersonographische 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). 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 Blutdruckmesssung am Bein auskultatorisch nicht möglich ist, wird nun die etwa 10-12 cm breite Blutdruckmanschette über dem Knöchel auf-

geblasen, 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. Die Messung wird auch an der Arteria tibialis anterior durchgeführt (aber nicht an der Arteria dorsalis pedis), und der höhere Druck für das Bein wird notiert. Danach wird diese Messung am anderen Bein durchgeführt. Die Größe der Manschetten muss dem Arm und Beinumfang angepasst sein. Manchmal wird fälschlicherweise angenommen, der Druck würde an der Doppler-Sonde gemessen; er wird vielmehr in Höhe der Blutdruckmanschette erfasst. Der ABI wird dann üblicherweise für jede Seite berechnet als „höchster Knöchelarteriendruck geteilt durch mittleren Armarteriendruck“. Da es sich um einen Quotienten handelt, hat der Wert keine Dimension bzw. Maßeinheit.

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.**

Ferner ist zu beachten: Bei Diabetikern kann der ABI in 10-30% wegen einer Mönckeberg-Mediasklerose nicht bestimmt werden (falsch hohe Werte > 1,5). Bei Unsicherheit sollte eine weitere Abklärung im Rahmen der angiologischen Regelversorgung veranlasst werden.

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 individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung 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 diabetischen Angiopathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung und - sofern notwendig – Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der Angiopathie.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen

Abrechnungsnummer 99092O

Beschreibung: Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: E1*.* G
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Mindestalter: Vollendung des 50. Lebensjahres
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99092O und 99092A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99092A

Beschreibung: Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: I79.2 G
und
E1*.5 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Mindestalter: Vollendung des 50. Lebensjahres
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99092O und 99092A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99092B

Beschreibung: Weiterbetreuungsprogramm
ICD-Codes: I79.2 G
und
E1*.5 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Behandlungsfall
Wert: 10,00€
Mindestalter: Vollendung des 50. Lebensjahres

Die Abrechnungsnummern 99092O, 99092A und/oder 99092B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Anlage 4
Versorgungsfeld Diabetesleber

Zusammenhang

Ist die Leber über einen längeren Zeitraum schädigenden Einflüssen ausgesetzt, manifestiert sich dies zunächst vor allem durch die vermehrte Einlagerung von Fett. Man spricht dann von einer Steatosis hepatis. Bleiben die schädigenden Einflüsse bestehen, kommt es zusätzlich zu entzündlichen Prozessen, der sogenannten Steatohepatitis. Im weiteren Verlauf droht der Übergang in eine Leberzirrhose mit starker Fibrosierung und ungesteuerter Bildung von Regeneratknoten. Zu diesem Zeitpunkt ist die Leber in ihrer Funktion bereits erheblich eingeschränkt. Auf dem Boden dieser Vorgänge steigt das Risiko für ein hepatozelluläres Karzinom erheblich.

Die UEG (United European Gastroenterology), also der Zusammenschluss der europäischen gastroenterologischen Fachgesellschaften, hat in einer gemeinsamen Presseerklärung mit der EASL (Europäische Gesellschaft für Leberforschung) vom 28.06.2012 auf folgenden besorgniserregenden Sachverhalt hingewiesen:

*Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass das **Leberzellkarzinom (HCC)** – die häufigste Form von Leberkrebs – in Europa **immer häufiger** auftritt. In den meisten Fällen sind eine chronische Hepatitis B- und C-Infektion oder Alkoholmissbrauch die Ursache, doch eine jüngst veröffentlichte Studie erbrachte deutliche Hinweise darauf, dass auch **die reine, nichtalkoholische Fettleber** ein **bedeutender Risikofaktor** für HCC ist. Im Namen der United European Gastroenterology (UEG) drückt Professor Jean-Francois Dufour von der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin in Bern, Schweiz, Besorgnis über diese Ergebnisse aus. „Die reine Fettleber steht in engem Zusammenhang mit Adipositas (Fettleibigkeit) und Diabetes, zwei Erkrankungen, die in ganz Europa immer häufiger auftreten", erklärt er. „Die Ergebnisse dieser wichtigen Untersuchung legen nahe, dass die **Anzahl der HCC-Diagnosen parallel zur Zunahme von Adipositas- und Diabetesfällen beträchtlich steigen** wird, und, das wird unsere Gesundheitssysteme vor eine enorme Herausforderung, stellen."*

Nach dem Artikel *„Epidemiology and natural history of non-alcoholic*

fatty liver disease (NAFLD)" (Annals of Hepatology 2009; 8(1): Supplement: S4-S8) von Bellentani und Marino liegt die **Prävalenz einer Fettleber bei Typ -2-Diabetikern** bei **34-74%**, bei **gleichzeitiger Fettleibigkeit** bis zu **100%**.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft äußert sich bezüglich der diagnostischen Einordnung der Fettleber bei Diabetikern in ihrer Stellungnahme zur ICD-Kodierung bei multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen wie folgt:

*Nach aktuellen wissenschaftlichen Vorstellungen nimmt die **Fettleber** eine **zentrale Rolle in der Pathophysiologie des Typ 2-Diabetes** ein und bestimmt maßgeblich den Faktor Insulin-Sensitivität, eine der grundlegenden Säulen der Ätiopathologie des Typ 2-Diabetes. Wenn bei einem Patienten Übergewicht, Fettleber, Diabetes und ein anamnestisch erhobener Alkoholgenuss im normalen Rahmen bekannt sind, ist es schlechterdings unmöglich, mit noch so aufwändigen Untersuchungen, die Rolle der einzelnen Risikofaktoren für die Genese der Fettleber zu klären. **Ebenso wenig ist es möglich, einen Anteil für den jeweiligen Risikofaktor anzugeben, der zur Gesamtkrankheit Fettleber beigetragen hat.** Deswegen ist im alphabetischen Verzeichnis zum ICD 10 unter Diabetes der **Begriff Diabetesleber (K 77.8* zusätzlich***

zur Diabetehauptdiagnose) *genannt. Dieser Begriff umfasst die typischen Veränderungen der Leber, die mit einem Diabetes assoziiert sind und die üblicherweise ihren Ausdruck in einer Einlagerung von Lipidtröpfchen in die Hepatozyten, ggf. mit begleitenden entzündlichen Infiltraten einhergehen. Die* ***Diagnose*** *erfolgt üblicherweise* ***mit Hilfe der Sonographie*** *(meist homogen hyperdenses Erscheinungsbild des Leberparenchyms), ergänzt durch Leberwertbestimmungen. Eine* ***Leberbiopsie*** *ist üblicherweise* ***nicht notwendig****, um diese Diagnose zu untermauern.*

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 – E 14 ohne bekannte Diagnose K77.8.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Gemäß der Stellungnahme der DDG (s.o.) soll eine Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms durchgeführt werden. Es erfolgt eine labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte vor dem Hintergrund des klinischen Gesamtbildes.

Bei einem auffälligen Befund soll sich die anschließende Behandlung an den Empfehlungen des Artikels „Pathogenese und Therapie der nichtalkoholischen Fettlebererkrankungen: Von der Fettleber zur Zirrhose“ Prof. Dr. med. Henryk Dancygier (Dtsch Arztebl 2006; 103(19): A 1301–7) orientieren:

Grundlage der Behandlung bei den meisten Betroffenen ist die ***Beeinflussung des metabolischen Syndroms****.*

Eine ***behutsame Gewichtsreduktion durch Kalorienrestriktion und körperliche Bewegung*** *sowie die* ***optimale Einstellung des Blutzuckers*** *sollten selbstverständlich sein. Unter diesem Vorgehen sind Besserungen steatohepatitischer Veränderungen beschrieben. Bereits ein moderater Gewichtsverlust von circa 10 Prozent des Körpergewichts führt zu einer überproportional hohen Abnahme des viszeralabdominalen Fettgewebes um bis zu 30 Prozent, zu Verbesserungen der Insulinsensitivität und zu einem Abfall leicht erhöhter Aminotransferasenwerte bei asymptomatischen adipösen Patienten. Drastische Gewichtsreduktionen durch so genannte Hungerkuren oder Nulldiäten können nekroinflammatorische Schübe und in seltenen Fällen auch ein akutes Leberversagen auslösen.*

Eine ***zuverlässig wirksame Pharmakotherapie der NAFLD/NASH*** *steht gegenwärtig* ***nicht zur Verfügung****. Trotz der Häufigkeit der NAFLD liegen keine randomisierten Therapiestudien mit großen Patientenzahlen über einen genügend langen Zeitraum mit genau definierten klinischen und histopathologischen Endpunkten vor.*

Lipidsenker *haben nach vorliegenden Erfahrungen* ***keinen klinischen Nutzen*** *in der Therapie der NAFLD.*

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 Adhä-

renz angestrebt werden. Ist ein Fortschreiten der Diabetesleber eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen

Abrechnungsnummer 99093O
Beschreibung: Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: E1*.* G
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99093O und 99093A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99093A
Beschreibung: Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund
ICD-Codes: K77.8 G
und
E1*.6 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99093O und 99093A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99093B
Beschreibung: Weiterbetreuungsprogramm
ICD-Codes: K77.8 G
und
E1*.6 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Behandlungsfall
Wert: 10,00€

Die Abrechnungsnummern 99093O, 99093A und/oder 99093B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Anlage 5
Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Zusammenhang

Gemäß der Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter“ (Fassung vom Mai 2013) ist die chronische Nierenkrankheit eine der häufigsten und gefährlichsten Komplikationen, welche von 20-40 % aller Patienten mit Diabetes (definiert ab Mikroalbuminurie) im Krankheitsverlauf entwickelt wird. Im fortgeschrittenen Stadium führt sie ohne Nierenersatztherapie zum Tod. Das Risiko ist bei beiden Krankheitsgruppen – Typ-1- wie Typ-2-Diabetes – gleich.

Daten zu Frühstadien der diabetischen Nephropathie in Deutschland zeigen, dass die Prävalenz der Albuminurie zwischen 17 % und 32 % variiert

Die Praxisempfehlung der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Nephropathie bei Diabetes“ empfiehlt eine jährliche Bestimmung der Albuminkonzentration im Urin und Berechnung der eGFR, da Patienten mit Diabetes auch ohne Albuminurie bereits eine eingeschränkte Nierenfunktion aufweisen können (z. B. bei ischämischer Nephropathie).

Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 – E14 ohne bekannte Diagnose E1*.2 und/oder N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0-2, Z99.2.

Umsetzungsinhalte „Früherkennungsprogramm“

Da die gängigen Kombi-Streifentests, welche Proteinurie und Hämaturie feststellen sollen, die Mikroalbuminurie (20 bis 200 mg/l) nicht erfassen, soll eine Untersuchung mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen erfolgen, mit dem der Albumin-Kreatinin-Quotient im ersten Morgenurin bestimmt werden soll.

Gemäß Praxisempfehlungen der DDG kann die Diagnose „diabetische Nephropathie“ mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn eine persistierende Albuminurie besteht, d. h. der Albumin/Kreatinin-Quotient im Urin bei Männern > 20 mg/g und bei Frauen > 30 mg/g beträgt; jeweils in zwei Proben in 2- bis 4-wöchigem Abstand gemessen. Wenn eine der Urinproben negativ und die andere positiv ist, sollte gemäß NVL eine 3. Urinprobe auf Albuminurie getestet werden.

Die Messung der Kreatinin-Clearance oder die Abschätzung der glomerulären Funktion erfolgt mithilfe der Cockroft-Gault–oder MDRD-Formel.

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 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 diabetischen Nephropathie können beschleunigt werden durch:

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

Durch Beeinflussung dieser Faktoren soll die Entwicklung und/oder Progression der diabetischen Nephropathie 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 Diabetes-Grunderkrankung.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen

Abrechnungsnummer 99094O
Beschreibung: Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: E1*.* G
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99094O und 99094A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99094A
Beschreibung: Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund
ICD-Codes: N18.1-5 G
und
E1*.2 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall
Wert: 10,00€
Ausschluss: Die Abrechnungsnummern 99094O und 99094A sind im Krankheitsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99094B
Beschreibung: Weiterbetreuungsprogramm
ICD-Codes: N18.1-5 G
und
E1*.2 G oder E1*.7 G mit Kreuzkennzeichen
Anzahl Bedingung: 1x im Behandlungsfall
Wert: 10,00€

Die Abrechnungsnummern 99094O, 99094A und/oder 99094B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Abrechnungsnummer 99094S
Beschreibung: Mikroalbuminuriestreifen (Abrechnungsnummer für Sachmittel)
ICD-Codes: ---
Anzahl Bedingung: 1x im Krankheitsfall im zeitlichen Zusammenhang mit den Abrechnungsnummern 99094O oder 99094A
Wert: 2,00€