Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Vereinbarung

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

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
DAK-Gesundheit, Landesvertretung Baden-Württemberg, Tübinger Straße 7, 70178 Stuttgart

- nachfolgend „DAK-Gesundheit“ genannt -

Vertragsnummer: 121522DA027

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages

§ 2 Teilnahme der Versicherten

§ 3 Teilnahme des Arztes

§ 3a Veröffentlichung und Übermittlung einer Liste der teilnehmenden Ärzte

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

§ 5 Aufgaben der KV

§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit

§ 7 Qualitätssicherung, Beirat, Exklusivität

§ 8 Vergütung

§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung

§ 10 Datenschutz

§ 11 Geheimhaltung

§ 12 Inkrafttreten und Kündigung

§ 13 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

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

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

Anlage 3
Modul 3 - Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen:
PAVK bei Diabetes mellitus

Anlage 4
Modul 4 - Versorgungsfeld Diabetesleber

Anlage 5
Modul 5 - Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen:
Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Anlage 6
Abrechnung und Vergütung

Anlage 7 **Siehe Homepage**
Versicherteninformation

Anlage 8 **Siehe Homepage**
Teilnahmeerklärung der Versicherten

Anlage 9 **Siehe Homepage**
Teilnahmeerklärung Arzt

Anlage 10 **Siehe Homepage**
Datenschutzmerkblatt

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 Verläufe 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 den 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. Versicherte, die den Status der auftragsweisen Betreuung gem. § 264 Abs. 2 SGB V haben, können nicht an diesem Vertrag teilnehmen.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 8, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch 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. Nach Ablauf der Widerrufsfrist besteht eine Bindungsfrist für ein Jahr. Die Teilnahme verlängert sich jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, sofern der Versicherte seine Teilnahme nicht mit einer Frist von vier Wochen zu Ende des Jahres kündigt.

(3) Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf dem von der Praxis vorgehaltenen Formular gemäß Anlage 8, 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 7 sowie das Datenschutzmerkblatt gemäß Anlage 10 ausgehändigt wurden. Erklärungen zur Teilnahme gemäß § 140a SGB V können gegenüber dem teilnehmenden Arzt abgegeben werden.

(4) Der Arzt nimmt die unterzeichnete Teilnahmeerklärung entgegen und verwahrt diese entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist (i.d.R. 10 Jahre) datenschutzkonform in der Praxisdokumentation (papierhaft oder revisionssicher elektronisch), damit diese auf Anfrage der DAK vorgelegt werden kann.

(5) Der einschreibende Arzt übermittelt die Informationen über die Einschreibung (personenbezogene Daten: Name, Versichertennummer, Geburtsdatum; Teilnahmedaten: Einschluss-/Beendigungsdatum und ggf. Vertragsindikation) elektronisch über einen von der KVBW zur Verfügung gestellten sicheren Datenübermittlungsweg (sog. Vertragsmanager) an die KVBW zur Weiterleitung an die DAK. Die DAK verarbeitet die übermittelten Daten zur Versicherten- und Vertragsverwaltung. Die DAK tauscht sich ggf. elektronisch über den Teilnahme- und Mitgliedsstatus des Versicherten mit der KVBW und dem teilnehmenden Arzt aus. Das technische Übermittlungsverfahren und die Häufigkeit der Übermittlung wird zwischen den Vertragspartner abgestimmt und entspricht den Anforderungen des Datenschutzes. Alternativ zum Vertragsmanager kann der teilnehmende Arzt die Teilnahmeerklärung ab 01.04.2026 versichertenbezogen via KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) befristet bis zum 31.12.2026, an dak-kim@dak.kim.telematik, an die DAK übersenden.

(6) Die Teilnahme der Versicherten endet

1. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.

2. mit Beendigung dieses Vertrages.

3. durch Kündigung ihrer Teilnahme gegenüber der DAK-G mit Frist von 4 Wochen. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt, ein wichtiger Grund liegt bei einem Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung des beteiligten Arztes vor. Im Kündigungsfall informiert die DAK-Gesundheit den behandelnden Arzt.

§ 3
Teilnahme des Arztes

(1) Teilnehmen können alle im Bereich der KVBW zugelassenen und ermächtigten Hausärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Diabetologie und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Endokrinologie, die gemäß § 95 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die

Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein. Die Teilnahme ist bei der KVBW zu beantragen. Die KVBW stellt hierzu ein Teilnahmeformular (Anlage 9) oder eine entsprechende elektronische Version zur Verfügung. Die Voraussetzungen nach Abs. 2 sind durch Selbsterklärung zu bestätigen.

(2) Die teilnehmenden Hausärzte müssen die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:

- Der Hausarzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-) je Quartal
- Der Hausarzt 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 Hausarzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung oder beauftragt die gerätegestützten Untersuchungen durch Überweisung.

(3) Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gegenüber der KVBW gekündigt werden.

(4) Die Teilnahme des Hausarztes 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 KVBW endet.

(5) Die Teilnahme des Hausarztes endet ferner mit dem Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 3a
Veröffentlichung und Übermittlung einer Liste der teilnehmenden Ärzte

(1) Die in der Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der DAK-Gesundheit ausschließlich zur Durchführung dieser Vereinbarung verarbeitet.

(2) Der Arzt erklärt sich gegenüber der KVBW mit der Veröffentlichung seiner Daten in der Arztsuche unter www.kvbawue.de einverstanden.

(3) Darüber hinaus erklärt sich der teilnehmende Arzt mit einer quartalsweisen Übermittlung seiner Daten durch die KVBW an die DAK-Gesundheit einverstanden. Es werden folgende Daten übermittelt: BSNR, LANR9, Anrede, Titel, Vor- und Nachname, Praxisbezeichnung und Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer, Landkreis, Facharztbezeichnung, Teilnahmebeginn.

(4) Die erste Datenübermittlung erfolgt im 1. Quartal 2019. Die Daten werden elektronisch über eine sichere Datenverbindung übermittelt.

(5) Die DAK-Gesundheit ist berechtigt, die Daten der teilnehmenden Ärzte zum Zweck der Information der Versicherten, der Ermittlung eines am Vertrag teilnehmenden Arztes sowie zum internen Vertragscontrolling zu verwenden.

(6) Bei Kündigung, Widerruf der Teilnahme oder Teilnahmeende nach § 3 des Vertrags werden die Daten spätestens in dem auf das Wirksamwerden der Kündigung, des Widerrufs oder Teilnahmeendes folgenden Quartals von der DAK-Gesundheit gelöscht.

§ 4
Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

(1) Der Hausarzt 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 Hausarzt berät den Versicherten umfassen über die Inhalte dieser besonderen Versorgung, unterstützt ihn beim Ausfüllen der Teilnahmeerklärung (Anlage 8) und händigt die Versicherteninformation gemäß Anlage 7 sowie das Datenschutzmerkblatt gemäß Anlage 10 aus. Der Arzt übermittelt die Teilnahmedaten des Versicherten gemäß § 2 elektronisch an die KVBW zur Weiterleitung an die DAK-G und archiviert die unterzeichnete Teilnahmeerklärung gemäß § 2 in der Praxisdokumentation. Alternativ zur Übermittlung der Teilnehmerdaten mittels Vertragsmanager kann der Arzt die Teilnahmeerklärung bis zum 31.12.2026 über das Leistungserbringerportal KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) an (die KIM-Mailadresse der DAK-G) dak-kim@dak.kim.telematik weiterleiten. Das Original der Teilnahmeerklärung ist für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren und nach Anforderung der DAK-G vorzulegen.

(3) Der Hausarzt, sofern er am DMP Diabetes mellitus teilnimmt, schreibt den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen und Zustimmung durch den Versicherten in das DMP Diabetes mellitus ein und erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme.

(4) 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.

(5) Dabei dürfen die in den jeweiligen **Versorgungsprogrammen** beschriebenen Diagnosen dem teilnehmenden Hausarzt 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 BSNR des teilnehmenden Hausarztes 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 kann in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit zweimal im Kalenderjahr (in unterschiedlichen Quartalen), im selben Quartal jedoch nicht neben dem Versorgungsprogramm, durchgeführt werden.

§ 5
Aufgaben der KV

(1) Die KV informiert jährlich per Rundschreiben im 4. Quartal eines Vertragsjahres sowie im ersten Vertragsjahr frühestmöglich nach Vertragsunterzeichnung über den Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Hausärzte hin.

(2) Die KV nimmt die Abrechnung der vertraglichen Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung entgegen.

(3) Die KV vergütet die Hausärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4. Dabei behält sie ihren satzungsgemäßen Verwaltungskosten inkl. Sicherstellungsumlagen ein. 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 gültiger ICD 10 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 gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Nur in diesen Fällen darf die Vergütung für die jeweilige Leistungserbringung ausgezahlt werden. Die KV weist die teilnehmenden Hausärzte 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 Hausärzte.

(6) Sofern identische Leistungsmodule in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Hausarzt das jeweilige Leistungsmodul nur einmalig je Versichertem abrechnen. Die Prüfung obliegt der DAK-Gesundheit, soweit nicht sämtliche Verträge mit der KVBW geschlossen wurden.

§ 6
Aufgaben der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsprogramms.

§ 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 KVBW. Der Beirat tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

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

§ 8
Vergütung

(1) Für seine Leistungen rechnet der Arzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 5 und 6 jeweils einmalig bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, die Leistungsziffern entsprechend der jeweiligen Anlage unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM, Diagnosesicherheit „G“ gegenüber der KVBW ab.

(2) Mit seiner Abrechnung erhält der Arzt je abgerechneter Leistungsziffer extrabudgetär eine Vergütung in Höhe von jeweils 20 Euro für das Versorgungsprogramm und 20 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms. Für den Bezug eines **Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung** werden bei Angabe der Sachmittelziffer 98913 17,00 Euro pauschal je durchgeführtem Modul 1 vergütet. **Mikroalbuminurieteststreifen** werden bei Angabe der Sachmittelziffer 98953 mit 2,00 Euro pauschal je durchgeführtem Modul 5 vergütet. Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die DAK-Gesundheit in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt möglich.

(3) Die Vergütung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

§ 9
Rechnungslegung und Bezahlung

Die DAK-Gesundheit zahlt mit befreiender Wirkung die vereinbarten Vergütungssätze an die KVBW. Die Rechnungsstellung erfolgt entsprechend der jeweils gültigen Formblatt-3-Richtlinie mit einer Ausweisung bis auf GOP-Ebene. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.

§ 10
Datenschutz

(1) Die Vertragsparteien/Leistungserbringer sind gesetzlich 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 einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.

(2) Die Vertragsparteien/Leistungserbringer unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Die Vertragspartner sind gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zur Gewährleistung der Sicherheit der Datenverarbeitung verantwortlich und gesetzlich verpflichtet, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO in Verbindung mit § 22 Abs. 2 BDSG bzw. § 3 Abs. 1 LDSG sicherzustellen.

(3) Die Leistungserbringer klären den Versicherten im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten auf. Der behandelnde Leistungserbringer ruft aus der Dokumentation die den Versicherten (Patienten) betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann ab, 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.

(4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die 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.

(5) 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.

(6) 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.

§ 11
Geheimhaltung

Die Kommunikation gegenüber Dritten erfolgt nur nach gemeinsamer Absprache.

§ 12
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
- 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.

§ 13
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 nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

Anlage 1

Modul 1

Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

Die diabetische Neuropathie wird als heterogene Erkrankung mit unterschiedlicher klinischer Manifestation beschrieben, 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.[1]

Teilnahmevoraussetzung „Versorgungsprogramm"

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose E10.4- G, E11.4- G, E12.4- G, E13.4- G oder E14.4- G und/oder G59.0, G63.2, G99.0- oder G99.08.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm"

(1) 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**.

(2) Ausgehend von der NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter" soll eine **ausführliche körperliche Untersuchung** mit folgendem Inhalt erfolgen:

- 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 Achilles-sehnenreflexe, des Vibrationsempfindens mit der 128 Hz-Stimmgabel nach Rydel-Seiffer sowie des Druck- und Berührungsempfindens mit dem 10 g-Monofilament.

(3) Zur **Früherkennung einer Störung der Sudomotorik**, welche häufig die erste Manifestation einer autonomen diabetischen Neuropathie darstellt, kommt ein zu diesem Zweck geeignetes **Diagnosemittel** zum Einsatz[2], für dessen Beschaffung der teilnehmende Arzt Sachmittelkosten nach § 8 Absatz 3 dieses Vertrages geltend machen kann und welches gemäß beiliegender Gebrauchsanweisung angewendet wird.[3]

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

(5) 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

[1] Nationale VersorgungsLeitlinie „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter", Fassung April 2012
[2] Deutsche Diabetes Gesellschaft: Praxisempfehlungen „Diabetische Neuropathie", Fassung 09/2012
[3] 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)

Schweißsekretion ergeben (-> erhöhte Gefahr für Minimalläsionen) und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen (z. B. regelmäßiges Befeuchten und Eincremen der Haut insbesondere an den Füßen) vermeiden kann.

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

Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10.4- G, E11.4- G, E12.4- G, E13.4- G oder E14.4- G bzw. E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- G und gesicherter Diagnose G59.0, G63.2 und/oder G99.0- oder G99.08, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls ein entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

(1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung, nach Stellung der Diagnose Neuropathie, soll der Verlauf der Erkrankung kontrolliert werden. Dabei sollen mindestens die Untersuchungsinhalte des Versorgungsprogramms sowie ggf. bei entsprechendem Befund weitergehende Untersuchungen, evtl. durch Überweisung zu spezialisierten Fachgruppen, zur Anwendung kommen.

(2) Ein wichtiger Fokus soll auf der gründlichen Fußinspektion liegen. Die Notwendigkeit der regelmäßigen Selbstuntersuchung, die Beachtung von anerkannten Pflegeempfehlungen sowie die Wichtigkeit von diabetesgeeignetem Schuhwerk soll hierbei gegenüber dem Versicherten verdeutlicht werden.

(3) Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden.

(4) Ist eine Verschlechterung der diabetischen Neuropathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Anlage 2

Modul 2

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

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 (z. B. neurogene Reflexblase, diabetische Zystopathie). Neben Entleerungsstörungen kann es auch zur Bildung von Restharn sowie langfristig zu gravierenden Schädigungen der Nieren kommen.

Teilnahmevoraussetzung „Versorgungsprogramm“

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

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

(1) Ausgehend von der NVL „Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter“ soll eine **gezielte Befragung** mit folgendem Inhalt erfolgen:

- Miktionsstörungen
- Miktionsfrequenz
- Restharn
- Harnwegsinfekte
- Harnstrahlabschwächung
- Notwendigkeit der Bauchpresse
- Inkontinenz

(2) Bei Beschwerden soll der Versicherte ein **Miktionstagebuch** (Miktionsfrequenz, Miktionsvolumina und Trinkmenge) über 48 Stunden führen.

(3) Als **Therapie** sollen zunächst Verhaltensstrategien wie “timed voiding” (Miktion nach der Uhr) oder “double voiding” (2 Blasenentleerungen innerhalb kurzer Zeit) angewendet werden.

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

Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10.4- G, E11.4- G, E12.4- G, E13.4- G oder E14.4- G bzw. E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- G und gesicherter Diagnose N31.1 oder N31.2, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls ein entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

(1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung kontrolliert werden, dabei soll insbesondere der Erfolg der empfohlenen Therapie thematisiert werden. Dabei sollen mindestens die Untersuchungsinhalte des Versorgungsprogramms sowie ggf. bei entsprechendem Befund weitergehende Untersuchungen, evtl. durch Überweisung zu spezialisierten Fachgruppen, zur Anwendung kommen.

(2) 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.

Anlage 3

Modul 3

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Diabetes mellitus

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. Beim gleichzeitigen Vorliegen von Risikofaktoren wie Rauchen oder Diabetes steigt die Prävalenz bei über 50-jährigen Patienten sogar auf bis zu 29%.[4]

Teilnahmevoraussetzung „Versorgungsprogramm"

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm"

(1) Ausgehend von der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der PAVK[5] soll eine **ausführliche Untersuchung** mit folgenden Inhalten erfolgen:

- ausführliche Anamnese
- sorgfältige klinische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte
- Ratschow-Lagerungsprobe, wenn **positiv** dann obligat **ABI** und/oder **Sono**
- Bildung des **Knöchel-Arm-Index (ABI)**:
  - Durchführung einer systolischen Blutdruckmessung an der Arteria brachialis beidseits mit anschließender Bildung des Mittelwerts (bei Druckunterschieden ≥ 10 mmHg Verwendung des höheren Drucks)
  - Messung des systolischen Druckwerts der Arteria tibialis posterior sowie der Arteria tibialis anterior mit der Doppler-Sonde oder Geräten zur semiautomatischen Blutdruckmessung an beiden Beinen
  - Berechnung des ABI für jede Seite (üblicherweise „höchster Knöchelarteriendruck geteilt durch mittleren Armarteriendruck"; zusätzlich Berechnung anhand des niedrigsten Druckwerts)
  - Der ABI-Wert mit dem höchsten Knöchelarteriendruck stellt ein Maß für die periphere arterielle Durchblutung und die hämodynamische Relevanz dar, unter Verwendung des niedrigsten Fußarteriendrucks gelingt **der Nachweis oder Ausschluss einer PAVK**. **Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.**
  - **Ein Wert von < 0,9 gilt als beweisend für das Vorliegen einer PAVK**
- **dopplersonographische Messung** der arteriellen Verschlussdrucke der A. dorsalis pedis und der A. tibialis posterior und ggf. der A. fibularis am liegenden Patienten, nachdem dieser etwa 10 Minuten in liegender Position geruht hat. Auch möglich, wenn Ratschow-Lagerungsprobe negativ.
- 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.
- Falls vorhanden können alternativ 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.

[4] Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), Fassung vom 27.04.2009

[5] Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), Fassung vom 27.04.2009

(2) Diese Maßnahmen dienen 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 daher über seine Risikosituation – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen - umfassend aufzuklären.

(3) 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
- Nikotinkarenz bei Rauchern
- Motivation zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen

Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10.5- G, E11.5- G, E12.5- G, E13.5- G oder E14.5- G bzw. E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- G und gesicherter Diagnose I70.2-, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls eine entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

(1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert werden. Dabei sollen mindestens die Untersuchungsinhalte des Versorgungsprogramms sowie ggf. bei entsprechendem Befund weitergehende Untersuchungen, evtl. durch Überweisung zu spezialisierten Fachgruppen, zur Anwendung kommen.

(2) Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden.

(3) 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.

Anlage 4

Modul 4

Versorgungsfeld Diabetesleber

Die nichtalkoholische Fettleber (NAFLD/NASH) steht in engem Zusammenhang mit Adipositas und Diabetes.[6] Die Prävalenz einer Fettleber bei Typ-2-Diabetikern wird in Veröffentlichungen mit 34-74% angegeben, bei gleichzeitiger Fettleibigkeit mit bis zu 100%.[7] Die Fettleber nimmt eine zentrale Rolle in der Pathophysiologie des Typ 2-Diabetes ein und bestimmt maßgeblich den Faktor Insulin-Sensitivität. Der Begriff Diabetesleber umfasst die typischen Veränderungen der Leber, die mit einem Diabetes assoziiert sind. Üblicherweise kommt es zu einer Einlagerung von Lipidtröpfchen in die Hepatozyten, ggf. kann dies mit begleitenden entzündlichen Infiltraten einhergehen.[8] Im weiteren Verlauf droht der Übergang in eine Leberzirrhose, ebenso steigt das Risiko für die Entstehung eines hepatozellulären Karzinoms.

Teilnahmevoraussetzung „Versorgungsprogramm"

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose K77.8.

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm"

(1) Ausgehend von der Stellungnahme der DDG[9] soll eine **Untersuchung** mit folgendem Inhalt erfolgen:

- Sonographie des Leberparenchyms
- labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte (Gamma-GT, S-GOT, S-GPT, CRP vor dem Hintergrund des klinischen Gesamtbildes)

(2) Bei einem auffälligen Befund soll sich die anschließende **Behandlung** an folgenden Eckpunkten orientieren:[10]

- Beeinflussung des metabolischen Syndroms
- behutsame Gewichtsreduktion durch Kalorienrestriktion und Intensivierung der körperlichen Bewegung sowie die optimale Einstellung des Blutzuckers

Eine zuverlässig wirksame Pharmakotherapie für die Behandlung bei NAFLD steht gegenwärtig nicht zur Verfügung, ebenso zeigen Lipidsenker bisher keinen klinischen Nutzen in der Therapie von NAFLD. Entscheidend ist die medikamentöse und nicht-medikamentöse Primärbehandlung der Diabetesrisikofaktoren.

Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm"

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10.6- G, E11.6- G, E12.6- G, E13.6- G oder E14.6- G bzw. E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- und gesicherter Diagnose K77.8, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls ein entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

---

[6] United European Gastroenterology (UEG), Europäische Gesellschaft für Leberforschung (EASL): Presseerklärung vom 28.06.2012
[7] Bellentani, Marino: *„Epidemiology and natural history of non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)"* (Annals of Hepatology 2009; 8(1): Supplement: S4-S8)
[8] Deutsche Diabetes Gesellschaft: Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur ICD-Kodierung bei multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen, 01.03.2012
[9] Deutsche Diabetes Gesellschaft: Stellungnahme der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur ICD-Kodierung bei multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen, 01.03.2012
[10] Prof. Dr. med. Henryk Dancygier: „Pathogenese und Therapie der nichtalkoholischen Fettlebererkrankungen: Von der Fettleber zur Zirrhose" (Dtsch Arztebl 2006; 103(19): A 1301–7)

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

(1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert werden. Dabei sollen mindestens die Untersuchungsinhalte des Versorgungsprogramms sowie ggf. bei entsprechendem Befund weitergehende Untersuchungen, evtl. durch Überweisung zu spezialisierten Fachgruppen, zur Anwendung kommen.

(2) Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden.

(3) Ist mit einem Fortschreiten der Fettleber zu rechnen, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Anlage 5

Modul 5

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus

Die chronische Nierenkrankheit ist eine der häufigsten und gefährlichsten Komplikationen, welche von 20-40 % aller Patienten mit Diabetes (definiert ab Mikroalbuminurie) im Krankheitsverlauf entwickelt wird. Das Risiko ist bei beiden Krankheitsgruppen – Typ-1- wie Typ-2-Diabetes – gleich.[11]

Teilnahmevoraussetzung „Versorgungsprogramm"

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

Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm"

(1) Ausgehend von der Praxisempfehlung der Deutschen Diabetes Gesellschaft „Nephropathie bei Diabetes" soll eine **Untersuchung** mit folgendem Inhalt erfolgen:

- 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:
  - Besteht eine persistierende Albuminurie, d. h. der Albumin/Kreatinin-Quotient ist im Urin in zwei Proben in 2- bis 4-wöchigem Abstand gemessen bei Männern > 20 mg/g und bei Frauen > 30 mg/g, liegt die Diagnose „diabetische Nephropathie" mit hoher Wahrscheinlichkeit vor.
  - Sollte eine der Urinproben negativ und die andere positiv sein, ist eine 3. Urinprobe auf Albuminurie zu testen.
- Berechnung der eGFR, da Patienten mit Diabetes auch ohne Albuminurie bereits eine eingeschränkte Nierenfunktion aufweisen können.
- Messung der Kreatinin-Clearance oder Abschätzung der glomerulären Funktion bevorzugt mithilfe der MDRD-Formel oder ggf. mithilfe der Cockroft-Gault-Formel.

(2) Eine **Einbeziehung der nephrologischen Regelversorgung** und konsiliarische Mitbetreuung soll bei folgenden Kriterien erfolgen:[12]

- Proteinurie oder Mikroalbuminurie bei zwei Bestimmungen (Diabetiker: > 20 mg/ 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

[11] Nationalen VersorgungsLeitlinie „Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter", Fassung Mai 2013
[12] Deutsche Gesellschaft für Nephrologie: Praxisratgeber Allgemeinmedizin-Nephrologie

- 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

(3) Der Betroffene soll umfassend über seine Situation aufgeklärt werden und es sollen mit ihm gemeinsam Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden, insbesondere hinsichtlich folgender, die Entwicklung und das Fortschreiten der diabetischen Nephropathie beschleunigenden Faktoren:

- Hyperglykämie: normnahe Blutglukoseeinstellung und ein angepasstes Ernährungsverhalten
- Hypertonie: Senkung des Blutdrucks unter 140/90 mm Hg
- Rauchen: Nikotinkarenz
- erhöhte Eiweißzufuhr: Empfehlungen für eine adäquat begrenzte Eiweißaufnahme
- ggf. Behandlung einer evtl. vorliegenden Anämie

Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose E10.2- G, E11.2- G, E12.2- G, E13.2- G oder E14.2- G bzw. E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- G und gesicherter Diagnose N18.1 bis N18.5, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls ein entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

(1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz folgender Untersuchungsmethoden kontrolliert werden:

- 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.

(2) Eine nephrologische Mitbetreuung ist bei Auftreten einer höhergradigen Niereninsuffizienz notwendig.

(3) In diesem Zusammenhang soll das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue nachverfolgt und die Ziele ggf. angepasst werden. Ist eine Verschlechterung der chronischen Nierenkrankheit eingetreten, erfolgt insbesondere auch eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

Anlage 6

Abrechnung und Vergütung

(1) Die Abrechnung der Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme erfolgt immer unter Angabe der Behandlungsdiagnosen mit den in der untenstehenden Tabelle aufgeführten ICD-10-GM mit Diagnosesicherheit „G“.

(2) Die Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme werden mit folgenden Gebührenordnungspositionen abgerechnet und vergütet:

Leistung	GOP	Vergütung	Anmerkungen	ICD-10-GM
Modul 1 – Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten				
Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	98910	20 Euro	98910 1x im Krankheitsfall; 98911 nur einmalig ansetzbar; 98910 und 98911 nicht im selben Krankheitsfall	E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	98911	20 Euro		G59.0 oder G63.2 G und/oder G99.0-G oder G99.08 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Weiterbetreuungs-programm	98912	20 Euro	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 98911; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 98911 abgerechnet wurde	G59.0 oder G63.2 G und/oder G99.0-G oder G99.08G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Diagnosemittel zur Schweißsekretions-bestimmung	98913	17 Euro	1 x je Modul 1 neben GOP 98910 oder 98911 abrechenbar	-
Modul 2 – Versorgungsfeld neurologische Komplikationen: LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus				

Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	98920	20 Euro	98920 1x im Krankheitsfall; 98921 nur einmalig ansetzbar; 98920 und 98921 nicht im selben Krankheitsfall	E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	98921	20 Euro		N31.1 G oder N31.2 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Weiterbetreuungs-programm	98922	20 Euro	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 98921; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 98921 abgerechnet wurde	N31.1 G oder N31.2 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.4-G, E11.4-G, E12.4-G, E13.4-G, E14.4-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Modul 3 – Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Diabetes mellitus				
Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	98930	20 Euro	98930 1x im Krankheitsfall; 98931 nur einmalig ansetzbar; 98930 und 98931 nicht im selben Krankheitsfall	E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	98931	20 Euro		I70.2-G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.5-G, E11.5-G, E12.5-G, E13.5-G, E14.5-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Weiterbetreuungs-programm	98932	20 Euro	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 98931; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 98931 abgerechnet wurde	I70.2-G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.5-G, E11.5-G, E12.5-G, E13.5-G, E14.5-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Modul 4 – Versorgungsfeld Diabetesleber				

Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	98940	20 Euro	98940 1x im Krankheitsfall; 98941 nur einmalig ansetzbar; 98940 und 98941 nicht im selben Krankheitsfall	E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	98941	20 Euro		K77.8 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.6-G, E11.6-G, E12.6-G, E13.6-G, E14.6-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Weiterbetreuungs-programm	98942	20 Euro	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 98941; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 98941 abgerechnet wurde	K77.8 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.6-G, E11.6-G, E12.6-G, E13.6-G, E14.6-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Modul 5 – Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus				
Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	98950	20 Euro	98950 1x im Krankheitsfall; 98951 nur einmalig ansetzbar; 98950 und 98951 nicht im selben Krankheitsfall	E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	98951	20 Euro		N18.1 G, N18.2 G, N18.3 G, N18.4 G oder N18.5 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.2-G, E11.2-G, E12.2-G, E13.2-G, E14.2-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Weiterbetreuungs-programm	98952	20 Euro	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 98951; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 98951 abgerechnet wurde	N18.1 G, N18.2 G, N18.3 G, N18.4 G oder N18.5 G sowie zusätzlich ein Kode aus E10.2-G, E11.2-G, E12.2-G, E13.2-G, E14.2-G oder ggf. aus E10.7-G, E11.7-G, E12.7-G, E13.7-G, E14.7-G
Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2 Euro je Modul 5	nur neben der GOP 98950, 98951 oder 98952;	

			je Fall maximal 1 x je Modul 5 und nicht neben GOP 32135 abrechenbar	

(3) Eine Abrechnung der Leistungen „Versorgungsprogramm ohne auffälligem Untersuchungsbefund“, „Versorgungsprogramm mit auffälligen Untersuchungsbefund“ und „Weiterbetreuungsprogramm“ für dasselbe Modul im gleichen Quartal ist ausgeschlossen. Eine Abrechnung von mehr als einem Versorgungsprogramm im Krankheitsfall im selben Modul sowie mehr als zwei Weiterbetreuungsprogrammen je Kalenderjahr im selben Modul ist ebenfalls ausgeschlossen.

(4) Die Diabetesgrunderkrankung im Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund sowie im Weiterbetreuungsprogramm wird immer gem. ICD-10-GM mit E10.-4 G, E11.4- G, E12.4- G, E13.4- G oder E14.4- G (Modul 1 u. 2), E10.5- G, E11.5- G, E12.5- G, E13.5- G oder E14.5- G (Modul 3), E10.6- G, E11.6- G, E12.6- G, E13.6- G, E14.6- G (Modul 4) bzw. E10.2- G, E11.2- G, E12.2- G, E13.2- G, E14.2- G (Modul 5) verschlüsselt. Wird bei einem Versicherten mehr als ein Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund und/oder Weiterbetreuungsprogramm abgerechnet, ist der ICD-10-Kode E10.7- G, E11.5- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7- G anzugeben (Ausnahmekonstellation: Bei positivem Befund in den Modulen 1 u. 2 und negativem Befund in den übrigen Modulen keine Kodierung E1-.7 G erforderlich). Der ICD-10-Kode E10.7- G, E11.7- G, E12.7- G, E13.7- G oder E14.7-G ist ebenso anzugeben, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

(5) Wird in allen Anlagen eine Leistungsziffer „Versorgungsprogramm ohne auffälligem Untersuchungsbefund“ abgerechnet, ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E10.-G, E11.-G, E12.-G, E13.-G oder E14.-G.