

## **Anlage 5 zum Vertrag über die Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V gültig ab 01.01.2017**

### **Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“**

#### **Präambel**

Gemäß „Deutschem Gesundheitsbericht Diabetes 2016“ nimmt Diabetes nach wie vor weltweit und in Deutschland dramatisch zu, das zeigen die neuen globalen Daten der Internationalen Diabetes Förderer (IDF) aus dem Jahr 2015. In Deutschland sind mehr als sechs Millionen Menschen von Diabetes betroffen. Somit hat Diabetes mellitus eine erhebliche gesundheitspolitische und gesellschaftliche Bedeutung. Zu späte Diagnose und Behandlung tragen erheblich zum Auftreten von Folgekomplikationen wie kardiovaskulären Komplikationen, Amputationen von Gliedmaßen sowie Erblindung und Dialysepflicht und damit steigenden Leistungsausgaben bei.

Die Disease-Management-Programme „Diabetes mellitus“ stellen bereits einen wesentlichen Beitrag zur Vermeidung eines schwerwiegenden Krankheitsverlaufes dar. Darüber hinaus existieren weitere, noch nicht berücksichtigte medizinisch relevante Folgeerkrankungen sowie zusätzliche, neue Untersuchungstechniken der diabetestypischen Komplikationen, deren Einsatz über den Umfang der Regelversorgung hinaus gehen.

Mithilfe des Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik behoben und Begleiterkrankungen frühzeitig erkannt sowie das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden.

Hierzu werden in den einzelnen Versorgungsfeldern in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme **zur Früherkennung von Nervenschädigungen (diabetische Neuropathie), Störungen der Harnblasenfunktion (LUTS), Gefäßschädigungen (Angiopathie), Diabetesleber und Nierenschäden (Nephropathie)** und der weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt. Ziel der Vertragspartner ist es, langfristig ein hohes Maß an Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der Versorgungsausgaben zu erreichen.

#### **§ 1 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten**

Das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ gilt für alle Versicherten der DAK-Gesundheit (DAK-G), die bereits im Hausarztvertrag (HZV) eingeschrieben sind und sich aufgrund ihrer Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden sowie die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend der Anhänge 1 bis 5 beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen.

## **§ 2 Besondere Anforderungen und Aufgaben der Hausärzte**

- (1) Teilnehmen können alle im HZV eingeschriebenen Hausärzte, die zusätzlich die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:
  - a) Der Hausarzt nimmt am DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder Typ 1 teil und betreut laufend Patienten mit Diabetes mellitus.
  - b) Der Hausarzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann.
  - c) Der Hausarzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.
  
- (2) Die Hausärzte übernehmen im Rahmen des Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ folgende Aufgaben:
  - a) Der Hausarzt prüft, ob die Teilnahmebedingungen nach § 1 erfüllt sind und weist auf die in den Anhängen 1 bis 5 beschriebenen Leistungen der einzelnen Versorgungsfelder hin.
  - b) Der Hausarzt, sofern er am DMP Diabetes mellitus teilnimmt, schreibt den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen in das DMP Diabetes mellitus ein und erbringt bei den Versicherten der DAK-G die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme.
  - c) Die Kooperation mit am Behandlungsprozess beteiligten Ärzten wird unterstützt.
  - d) Die Leistungen werden nach den aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin erbracht.
  - e) Der Hausarzt stellt zusätzliche Kapazitäten für die Behandlung von Patienten im Sinne dieses Moduls (schnelle Termine) sicher.
  - f) Leistungsdokumentationen werden entsprechend der vertraglich getroffenen Diagnoseangaben nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (ICD 10) in der jeweils aktuellen Fassung verschlüsselt. Die jeweils aktuellen Richtlinien auf Bundesebene sind zu berücksichtigen.
  - g) Die erforderlichen schriftlichen Informationen und Auskünfte zur Durchführung der Aufgaben der DAK-G, insbesondere im Zusammenhang mit diesem Modul werden zeitnah übermittelt.
  - h) Der Hausarzt stellt ein wirtschaftliches Überweisungs- und Ordnungsverhalten sicher und vermeidet Mehrfachuntersuchungen.
  - i) Die vertraglich erforderlichen Daten werden im KVN-Portal dokumentiert.
  - j) Die jeweiligen Versorgungsprogramme können bei jedem der infragekommenden Versicherten durchgeführt werden, wenn diese in den vergangenen 3 Quartalen bei den jeweiligen Versicherten nicht durchgeführt wurden. Das Nähere ist im § 5 dieser Anlage und in den Anhängen 1 bis 5 bestimmt.
  - k) Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem infragekommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Versorgungsprogramms gemäß Absatz j) in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das

Weiterbetreuungsprogramm kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr und nur einmal im Jahr der Erstdiagnose der jeweiligen Komplikation durchgeführt werden. Ein zeitlicher Abstand von etwa 6 Monaten zwischen den einzelnen Programmen wird als sinnvoll angesehen.

- l) Der Hausarzt bezieht die für die Durchführung der Versorgungsprogramme benötigten Sachmittel (z.B. Test- oder Indikatorpflaster zur Messung der Schweißsekretion, Teststreifen für Mikroalbuminurie etc.) auf eigene Rechnung. Eine Entnahme aus dem Sprechstundenbedarf bzw. Verordnung auf den Namen des Versicherten ist nicht zulässig.

### **§ 3 Aufgaben der Hausarztverbände und der KVN**

Die Hausarztverbände und die KVN übernehmen insbesondere folgende Aufgaben

- a) Die Hausarztverbände und die KVN informieren die niedersächsischen Hausärzte über den Inhalt und Ablauf des Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“.
- b) Die KVN übernimmt die Entwicklung, Pflege und den Support eines Online-Patientenerfassungssystems für die teilnehmenden Hausärzte (KVN-Portal).
- c) Die KVN nimmt die Daten aus dem Online-Patientenerfassungssystem an und überprüft diese auf Vollständigkeit und Plausibilität.
- d) Für die DAK-G werden die erfassten Daten entsprechend der technischen Vorgaben zu diesem Vertrag bereitgestellt.
- e) Die KVN prüft im Rahmen der Abrechnung nach § 2 Abs. 1 die besonderen Anforderungen an die Hausärzte.
- f) Die KVN wird die Abrechnungsdaten entsprechend § 295 SGB V übermitteln.

### **§ 4 Aufgaben der DAK-Gesundheit**

Die DAK-G informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt dieses besonderen Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“.

### **§ 5 Vergütung**

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen grundsätzlich nach Maßgabe des EBM, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrages. Honoraransprüche für die zusätzlichen Leistungen des Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ sind nachfolgend geregelt. Eine Auflistung der ICD-10 im Klartext steht im Anhang 6 zur Verfügung.

Eine Abrechnung für am Vertrag teilnehmende Versicherte nach der Ergänzenden Vereinbarung zum Gesamtvertrag gemäß § 83 SGB V zur Optimierung der Betreuung von an Diabetes erkrankten Versicherten der DAK-Gesundheit durch Diabetologische Schwerpunktpraxen ist ausgeschlossen.

(1) **Zusätzliche Leistungen des Versorgungsprogramms nach Anhang 1 für Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose E1\*.4 und / oder G59.0, G63.2, G99.0 sind:**

Leistung	Abrechnungsregel	Vergütung	GONR
<b>Erstuntersuchung nach Anhang 1:</b> <b>Diabetische Neuropathie <u>ohne</u> gesicherten Befund nach Untersuchung</b> Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 1	Abrechnung maximal einmal in 4 Quartalen.  Keine Abrechnung, wenn 99921 oder 99922 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99920
<b>Erstuntersuchung nach Anhang 1:</b> <b>Diabetische Neuropathie <u>mit</u> gesichertem Befund nach Untersuchung</b> Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 1	Dokumentation der gesicherten ICD G59.0, G63.2 und / oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld (3-5) dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.  Abrechnung maximal einmal pro Quartal, sofern 99920 nicht in einem der letzten 3 Quartale abgerechnet wurde.  Keine Abrechnung, wenn 99921 in der Vergangenheit oder 99922 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99921
<b>Weiterbetreuung nach Anhang 1:</b> <b>Diabetische Neuropathie</b>	Nur Versicherte mit gesicherter Diagnose nach ICD G59.0, G63.2 und / oder G99.0 und zusätzlich E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls (3-5) bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.  Kann nur abgerechnet werden, wenn 99921 in der Vergangenheit abgerechnet wurde.  Abrechnung maximal einmal pro Quartal .  Keine Abrechnung, wenn 99920 oder 99921 im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99922
<b>Sachmittel</b> Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	Kann nur im selben Quartal zusammen mit 99920 oder 99921 abgerechnet werden.	<b>17,00 €</b>	99923

(2) **Zusätzliche Leistungen des Versorgungsprogramms nach Anhang 2 für Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose N31.1 oder N31.2 sind:**

<b>Leistung</b>	<b>Abrechnungsregel</b>	<b>Vergütung</b>	<b>GONR</b>
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 2:</b>  <b>neurologische Komplikation: LUTS <u>ohne</u> gesicherten Befund nach Untersuchung</b>                      Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“                      Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 2</p>	<p>Abrechnung maximal einmal in 4 Quartalen.                      Keine Abrechnung, wenn 99925 oder 99926 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99924
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 2:</b>  <b>neurologische Komplikation: LUTS <u>mit</u> gesichertem Befund nach Untersuchung</b>                      Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“                      Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 2</p>	<p>Dokumentation der gesicherten ICD N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld (3 - 5) dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.                      Abrechnung maximal einmal pro Quartal, sofern 99924 nicht in einem der letzten 3 Quartale abgerechnet wurde.                      Keine Abrechnung, wenn 99925 in der Vergangenheit oder 99926 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99925
<p><b>Weiterbetreuung nach Anhang 2:</b>  <b>neurologische Komplikation: LUTS</b></p>	<p>Nur Versicherte mit gesicherter Diagnose nach ICD N31.1 oder N31.2 und zusätzlich E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld (3 - 5) dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.                      Kann nur abgerechnet werden, wenn 99925 in der Vergangenheit abgerechnet wurde.                      Abrechnung maximal einmal pro Quartal.                      Keine Abrechnung, wenn 99924 oder 99925 im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99926

(3) **Zusätzliche Leistungen des Versorgungsprogramms nach Anhang 3 für Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben, sind:**

Leistung	Abrechnungsregel	Vergütung	GONR
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 3:</b>  <b>vaskuläre Komplikation <u>ohne</u> gesicherten Befund nach Untersuchung</b></p> <p>Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“</p> <p>Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 3</p>	<p>Abrechnung maximal einmal in 4 Quartalen.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99928 oder 99929 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99927
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 3:</b>  <b>vaskuläre Komplikation <u>mit</u> gesichertem Befund nach Untersuchung</b></p> <p>Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“</p> <p>Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 3</p>	<p>Dokumentation der gesicherten ICD I70.2- sowie I79.2 und zusätzlich E1*.5 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.</p> <p>Abrechnung maximal einmal pro Quartal, sofern 99927 nicht in einem der letzten 3 Quartale abgerechnet wurde.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99928 oder 99929 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurden.</p>	<b>20,00 €</b>	99928
<p><b>Weiterbetreuung nach Anhang 3:</b>  <b>vaskuläre Komplikation</b></p>	<p>Nur Versicherte mit gesicherter Diagnose nach ICD I70.2- sowie I79.2 und zusätzlich E1*.5 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.</p> <p>Kann nur abgerechnet werden, wenn 99928 in der Vergangenheit abgerechnet wurde</p> <p>Abrechnung maximal einmal pro Quartal.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99927 oder 99928 im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99929

(4) **Zusätzliche Leistungen des Versorgungsprogramms nach Anhang 4 für Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose K77.8 sind:**

<b>Leistung</b>	<b>Abrechnungsregel</b>	<b>Vergütung</b>	<b>GONR</b>
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 4:</b>  <b>Komplikation Diabetesleber <u>ohne</u> gesicherten Befund nach Untersuchung</b></p> <p>Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“</p> <p>Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 4</p>	<p>Abrechnung maximal einmal in 4 Quartalen.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99931 oder 99932 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99930
<p><b>Erstuntersuchung nach Anhang 4:</b>  <b>Komplikation Diabetesleber <u>mit</u> gesichertem Befund nach Untersuchung</b></p> <p>Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“</p> <p>Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 4</p>	<p>Dokumentation der gesicherten ICD K77.8 und zusätzlich E1*.6 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.</p> <p>Abrechnung maximal einmal pro Quartal, sofern 99930 nicht in einem der letzten 3 Quartale abgerechnet wurde.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99931 oder 99932 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99931
<p><b>Weiterbetreuung nach Anhang 4:</b>  <b>Komplikation Diabetesleber</b></p>	<p>Nur Versicherte mit gesicherter Diagnose nach ICD K77.8 und zusätzlich E1*.6 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation.</p> <p>Kann nur abgerechnet werden, wenn 99931 in der Vergangenheit abgerechnet wurde.</p> <p>Abrechnung maximal einmal pro Quartal.</p> <p>Keine Abrechnung, wenn 99930 oder 99931 im selben Quartal abgerechnet wurde.</p>	<b>20,00 €</b>	99932

(5) **Zusätzliche Leistungen des Versorgungsprogramms nach Anhang 5 für Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose ohne bekannte Diagnose N18, N19, I12.0\*, I13.1\*, I13.2\*, Z49.0-2, Z99.2 sind:**

Leistung	Abrechnungsregel	Vergütung	GONR
<b>Erstuntersuchung nach Anhang 5:</b> <b>chronische Nierenkrankheit ohne gesicherten Befund nach Untersuchung</b>  Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“  Untersuchung / Diagnostik nach Anhang 5	Abrechnung maximal einmal in 4 Quartalen  Keine Abrechnung, wenn 99934 oder 99935 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99933
<b>Erstuntersuchung nach Anhang 5:</b> <b>chronische Nierenkrankheit mit gesichertem Befund nach Untersuchung</b>  Patienteninformation über das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“,  Untersuchung/Diagnostik nach Anhang 5	Dokumentation der gesicherten ICD N18.1-5 und zusätzlich E1*.2 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation  Abrechnung maximal einmal pro Quartal, sofern 99933 nicht in einem der letzten 3 Quartale abgerechnet wurde.  Keine Abrechnung, wenn 99934 oder 99935 in der Vergangenheit oder im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99934
<b>Weiterbetreuung nach Anhang 5:</b> <b>chronische Nierenkrankheit</b>	Nur Versicherte mit gesicherter Diagnose nach ICD N18.1-5 und zusätzlich E1*.2 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen bei mindestens einem weiteren gesicherten Befund im Rahmen einer Erstuntersuchung oder Weiterbetreuung in einem anderen Versorgungsfeld dieses Moduls bzw. bei mindestens einer weiteren anderweitig bekannten Komplikation  Kann nur abgerechnet werden, wenn 99934 in der Vergangenheit abgerechnet wurde.  Abrechnung maximal einmal pro Quartal.  Keine Abrechnung, wenn 99933 oder 99934 im selben Quartal abgerechnet wurde.	<b>20,00 €</b>	99935
<b>Sachmittel</b> Teststreifen zur Bestimmung des Albumin-Kreatinin-Quotienten	Kann nur im selben Quartal zusammen mit 99933, 99934 oder 99935 abgerechnet werden.	<b>2,00 €</b>	99936

## **§ 6 Rechnungslegung, Abrechnungsprüfung und Bezahlung**

- (1) Die Leistungen werden im Rahmen der regulären Abrechnung quartalsweise mit der KVN abgerechnet. Grundlage sind die durch die teilnehmenden Hausärzte erfassten Daten. Die KVN ist berechtigt, die satzungsgemäßen Verwaltungskosten gegenüber dem Hausarzt in Abzug zu bringen.
- (2) Die Vergütungen werden im Rahmen der Quartalsabrechnung auf Basis der artzseitig im KVN-Portal erfassten, vollständigen und plausiblen Daten durch die KVN an die beteiligten Hausärzte gezahlt.
- (3) Die beteiligten Hausärzte unterliegen auch im Rahmen der Leistungen des Moduls „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ der Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung nach §§ 106, 106a SGB V.
- (4) Die KVN wird der DAK-G die abgerechneten Leistungen für das Modul „Gesundheitsvorsorge Diabetes“ quartalsweise außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung über das Formblatt 3 (bis in Ebene 6) in Rechnung stellen.
- (5) Die DAK-G zahlt mit befreiender Wirkung die vereinbarten Vergütungssätze an die KVN. Die Rechnungsstellung erfolgt unter Nennung der jeweiligen Sonderziffern unter Kontenart 409, Kapitel 80, Abschnitt 11 über Formblatt 3. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
- (6) Soweit nichts Abweichendes geregelt ist, gelten BMV-Ä, der Gesamtvertrag sowie die Prüfvereinbarung und deren Anlagen.

Hannover, den 07.09.2016

---

DAK – Gesundheit,  
Leiter Vertragsgebiet Niedersachsen-Bremen  
Dirk Vennekold

---

Deutscher Hausärzteverband  
Landesverband Braunschweig e. V.

---

Deutscher Hausärzteverband  
Landesverband Niedersachsen e. V.

---

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

## **Anhang 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 ohne bekannte Diagnose E1\*.4 und / oder G59.0, G63.2, G99.0.

### **Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“**

Im Rahmen dieses Programms 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 Anhang 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 Komorbidität- 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 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen**

Es erfolgt die Abrechnung einer der drei Leistungsziffern / GONR:

#### **Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund (GONR 99920)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes keine neurologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99920. Somit ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E1\*.\*

#### **Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund (GONR 99921)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes eine neurologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99921 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“:

1. Die diabetische Neuropathie wird mit G59.0, G63.2 und / oder G99.0 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.4 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99928, 99929, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind. Wurde ferner das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms festgestellt, ist an 5. Stelle die 4 oder 5 zu verwenden.

Die vorhergehende Abrechnung der 99921 ist die Voraussetzung, damit im Folgezeitraum die Leistungsziffer 99922 für die Weiterbetreuung abgerechnet werden darf.

### **Weiterbetreuungsprogramm (GONR 99922)**

Erfolgt die Durchführung eines Weiterbetreuungsprogrammes bei einer im Rahmen des Versorgungsprogrammes festgestellten neurologischen Komplikation, wird die Leistungsziffer 99922 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“ abgerechnet:

1. Die diabetische Neuropathie wird mit G59.0, G63.2 und / oder G99.0 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.4 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99928, 99929, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind. Wurde ferner das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms festgestellt, ist an 5. Stelle die 4 oder 5 zu verwenden.

Die Leistungsziffern / GONR 99920, 99921 und 99922 werden mit jeweils 20,00 Euro sowie die Sachmittelziffer 99923 mit 17,00 Euro vergütet.

Eine Abrechnung der Leistungsziffern / GONR 99920, 99921 und / oder 99922 im selben Quartal ist ausgeschlossen.

Die Leistungsziffern / GONR 99920 oder 99921 können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Ziffern in den vorhergehenden 3 Quartalen abgerechnet wurden.

Die Sachmittelziffer / GONR 99923 kann nur im selben Quartal wie die Leistungsziffern / GONR 99920 oder 99921 abgerechnet werden.

Die Leistungsziffer / GONR 99922 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die Leistungsziffer GONR 99921 oder die 99922 abgerechnet wurde.

Die Leistungsziffer / GONR 99922 kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Jede Leistungs- bzw. Sachmittelziffer / GONR kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.

## **Anhang 2**

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

#### **Zusammenhang**

Die Blasenfunktion ist ein sehr komplexer Prozess, der maßgeblich neural 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 (schlaaffe 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 hausärztlichen Praxis zu erfassen und zu berücksichtigen.

#### **Teilnahmevoraussetzung**

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“**

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 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen**

Es erfolgt die Abrechnung einer der drei Leistungsziffern / GONR:

#### **Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund (GONR 99924)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes keine Störung der Blasenfunktion festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99924. Wird in allen Anhängen die Leistungsziffer 99924 abgerechnet, ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E1\*.\*

#### **Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund (GONR 99925)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes eine überaktive Blase bzw. eine diabetische Zystopathie festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99925 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“:

1. Die überaktive Blase wird mit N31.1 bzw. die diabetische Zystopathie mit N31.2 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.4 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99928, 99929, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die vorhergehende Abrechnung der 99925 ist die Voraussetzung, damit im Folgezeitraum die Leistungsziffer 99926 für die Weiterbetreuung abgerechnet werden darf.

#### **Weiterbetreuungsprogramm (GONR 99926)**

Erfolgt die Durchführung eines Weiterbetreuungsprogrammes bei einer im Rahmen des Versorgungsprogrammes festgestellten Störung der Blasenfunktion, wird die Leistungsziffer 99926 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“ abgerechnet:

1. Die überaktive Blase wird mit N31.1 bzw. die diabetische Zystopathie mit N31.2 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.4 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99928, 99929, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die Leistungsziffern / GONR 99924, 99925 und 99926 werden mit jeweils 20,00 Euro vergütet.

Eine Abrechnung der Leistungsziffern / GONR 99924, 99925 und / oder 99926 im selben Quartal ist ausgeschlossen.

Die Leistungsziffern / GONR 99924 oder 99925 können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Ziffern in den vorhergehenden 3 Quartalen abgerechnet wurden.

Die Leistungsziffer / GONR 99926 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale entweder die Leistungsziffer 99925 oder die 99926 abgerechnet wurde.

Die Leistungsziffer / GONR 99926 kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Jede Leistungsziffer / GONR kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.

### **Anhang 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 ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben. Ein jüngeres Teilnahmealter wäre aufgrund der relevanten Alterskomponente medizinisch nicht zu empfehlen.

### **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 Blutdruckmessung am Bein auskultatorisch nicht möglich ist, wird nun die etwa 10-12 cm breite Blutdruckmanschette über dem Knöchel aufgeblasen, und der systolische Druckwert an der Arteria tibialis posterior wird mit der Doppler-Sonde (8.10 MHz) gemessen.

Neben der Doppler-Messung können auch Geräte zur (semi)automatischen Blutdruckmessung bzw. andere Pulssensoren verwendet werden, sofern sie für diesen Zweck validiert und bereits in epidemiologischen Studien erfolgreich eingesetzt wurden. 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 Arterienarteriendruck“. 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 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen**

Es erfolgt die Abrechnung einer der drei Leistungsziffern / GONR:

### **Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund (GONR 99927)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes keine angiologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99927. Wird in allen Anhängen die Leistungsziffer 99927 abgerechnet, ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E1\*.\*

### **Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund (GONR 99928)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes eine angiologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99928 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“:

1. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit der Extremitäten bei diabetischer Angiopathie wird mit I70.2- („Schweregrad“) sowie I79.2 („diabetesspezifische Komplikation“) verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.5 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind. Wurde ferner das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms festgestellt, ist an 5. Stelle die 4 oder 5 zu verwenden.

Die vorhergehende Abrechnung der 99928 ist die Voraussetzung, damit im Folgezeitraum die Leistungsziffer 99929 für die Weiterbetreuung abgerechnet werden darf.

### **Weiterbetreuungsprogramm (GONR 99929)**

Erfolgt die Durchführung eines Weiterbetreuungsprogrammes bei einer im Rahmen des Versorgungsprogrammes festgestellten angiologischen Komplikation, wird die Leistungsziffer 99929 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“ abgerechnet:

1. Die periphere arterielle Verschlusskrankheit der Extremitäten bei diabetischer Angiopathie wird mit I70.2- („Schweregrad“) sowie I79.2 („diabetesspezifische Komplikation“) verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.5 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99931, 99932, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind. Wurde ferner das Vorliegen eines diabetischen Fußsyndroms festgestellt, ist an 5. Stelle die 4 oder 5 zu verwenden.

Die Leistungsziffern / GONR 99927, 99928 und 99929 werden mit jeweils 20,00 Euro vergütet.

Eine Abrechnung der Leistungsziffern / GONR 99927, 99928 und / oder 99929 im selben Quartal ist ausgeschlossen.

Die Leistungsziffern / GONR 99927 oder 99928 können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Ziffern in den vorhergehenden 3 Quartalen abgerechnet wurden.

Die Leistungsziffer / GONR 99929 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale entweder die Leistungsziffer 99928 oder die 99929 abgerechnet wurde.

Die Leistungsziffer / GONR 99929 kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Jede Leistungsziffer / GONR kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.

## Anhang 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 hyperdenseres Erscheinungsbild des Leberparenchyms), ergänzt durch Leberwertbestimmungen. Eine **Leberbiopsie** ist üblicherweise **nicht notwendig**, um diese Diagnose zu untermauern.*

## **Teilnahmevoraussetzung**

Versicherte mit gesicherter Diabetesdiagnose 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 Danczygier (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 viszeral-abdominalen 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 Adhärenz angestrebt werden. Ist ein Fortschreiten der Diabetesleber eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Diabetes-Grunderkrankung.

### **Abrechnung unter Angabe der Behandlungsdiagnosen**

Es erfolgt die Abrechnung einer der drei Leistungsziffern / GONR:

#### **Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund (GONR 99930)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes keine Diabetesleber festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99930. Wird in allen Anhängen die Leistungsziffer 99930 abgerechnet, ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E1\*.\*

#### **Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund (GONR 99931)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes eine Diabetesleber festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99931 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“:

1. Die Diabetesleber wird mit K77.8. verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.6 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99928, 99929, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die vorhergehende Abrechnung der 99931 ist die Voraussetzung, damit im Folgezeitraum die Leistungsziffer 99932 für die Weiterbetreuung abgerechnet werden darf.

#### **Weiterbetreuungsprogramm (GONR 99932)**

Erfolgt die Durchführung eines Weiterbetreuungsprogrammes bei einer im Rahmen des Versorgungsprogrammes festgestellten Diabetesleber, wird die Leistungsziffer 99932 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“ abgerechnet:

1. Die Diabetesleber wird mit K77.8. verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.6 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99928, 99929, 99934, 99935) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die Leistungsziffern / GONR 99930, 99931 und 99932 werden mit jeweils 20,00 Euro vergütet.

Eine Abrechnung der Leistungsziffern / GONR 99930, 99931 und / oder 99932 im selben Quartal ist ausgeschlossen.

Die Leistungsziffern / GONR 99930 oder 99931 können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Ziffern in den vorhergehenden 3 Quartalen abgerechnet wurden.

Die Leistungsziffer / GONR 99932 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale entweder die Leistungsziffer / GONR 99931 oder die 99932 abgerechnet wurde.

Die Leistungsziffer / GONR 99932 kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Jede Leistungsziffer bzw. Sachmittelziffer kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.

## **Anhang 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 ohne bekannte Diagnose 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 Cockcroft-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 / 1,73 m<sup>2</sup> pro Jahr)
- Morphologische Nierenveränderung
- Nierenspezifische Komorbiditäten bei eGFR < 60 ml / min / 1,73 m<sup>2</sup> wie Anämie oder Störungen des Ca / Phosphat-Haushalts

Bei eingeschränkter Nierenfunktion sollten alle Patienten vorgestellt werden:

- mit einer GFR von  $< 45 \text{ ml / min / } 1,73 \text{ m}^2$  (ab CKD-Stadium 3b), oder
- mit einer GFR von  $< 60 \text{ ml / min / } 1,73 \text{ m}^2$  (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  $< 60 \text{ ml/min}$ ) 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 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen**

Es erfolgt die Abrechnung einer der drei Leistungsziffern / GONR:

#### **Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund (GONR 99933)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes keine nephrologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99933. Wird in allen Anhängen die Leistungsziffer 99933 abgerechnet, ist die bisher bekannte Diabetesgrunderkrankung mit Diagnosesicherheit „G“ zu verschlüsseln: E1\*.\*

#### **Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund (GONR 99934)**

Wurde im Rahmen des Versorgungsprogrammes eine nephrologische Komplikation festgestellt, so erfolgt die Abrechnung der Leistungsziffer 99934 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“:

1. Die chronische Nierenkrankheit wird mit N18.1-5 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.2 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99928, 99929, 99931, 99932) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die vorhergehende Abrechnung der 99934 ist die Voraussetzung, damit im Folgezeitraum die Leistungsziffer 99935 für die Weiterbetreuung abgerechnet werden darf.

#### **Weiterbetreuungsprogramm (GONR 99935)**

Erfolgt die Durchführung eines Weiterbetreuungsprogrammes bei einer im Rahmen des Versorgungsprogrammes festgestellten nephrologischen Komplikation, wird die Leistungsziffer 99935 mit Angabe folgender ICD-Kodes mit Diagnosesicherheit „G“ abgerechnet:

1. Die chronische Nierenkrankheit wird mit N18.1-5 verschlüsselt.
2. Die Diabetesgrunderkrankung wird mit E1\*.2 verschlüsselt. Wird zusätzlich eine der folgenden Leistungsziffern (99921, 99922, 99925, 99926, 99928, 99929, 99931, 99932) abgerechnet, ist stattdessen die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen zu verschlüsseln. Die E1\*.7 mit Kreuzkennzeichen ist ebenso immer zu verwenden, wenn weitere diabetesspezifische Komplikationen aus einem anderen Zusammenhang bekannt sind.

Die Leistungsziffern / GONR 99933, 99934 und 99935 werden mit jeweils 20,00 Euro sowie die Sachmittelziffer 99936 mit 2,00 Euro vergütet.

Eine Abrechnung der Leistungsziffern / GONR 99933, 99934 und / oder 99935 im selben Quartal ist ausgeschlossen.

Die Leistungsziffern / GONR 99933 oder 99934 können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Ziffern in den vorhergehenden 3 Quartalen abgerechnet wurden.

Die Sachmittelziffer / GONR 99936 kann nur im selben Quartal wie die Leistungsziffern 99933, 99934 oder 99935 abgerechnet werden.

Die Leistungsziffer / GONR 99935 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale entweder die Leistungsziffer / GONR 99934 oder die 99935 abgerechnet wurde.

Die Leistungsziffer / GONR 99935 kann nicht mehr als zweimal im Kalenderjahr abgerechnet werden.

Jede Leistungs- bzw. Sachmittelziffer kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.

**Anhang 6:**

**Diagnoseliste zu den Versorgungsprogrammen 1 bis 5 – Stand 01.08.2016**

Lfd. Nr.	Indikation	ICD	ICD-Bezeichnung
1	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.-	Diabetes mellitus, Typ 1
2	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.0-	Mit Koma
3	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.01	Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
4	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.1-	Mit Ketoazidose
5	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.11	Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
6	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.2-	Mit Nierenkomplikationen
7	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.20	Nicht als entgleist bezeichnet
8	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.21	Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
9	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.3-	Mit Augenkomplikationen
10	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.30	Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
11	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.31	Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
12	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.4-	Mit neurologischen Komplikationen
13	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.40	Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
14	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.41	Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
15	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.5-	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
16	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.50	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
17	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.51	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
18	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.6-	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
19	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.60	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
20	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.61	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
21	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.7-	Mit multiplen Komplikationen
22	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.72	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
23	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.73	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
24	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.74	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
25	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.75	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
26	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.8-	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
27	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.80	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
28	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.81	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
29	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.9-	Ohne Komplikationen
30	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.90	Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
31	Diabetes mellitus, Typ 1	E10.91	Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

Lfd. Nr.	Indikation	ICD	ICD-Bezeichnung
32	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.-	Diabetes mellitus, Typ 2
33	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.0-	Mit Koma
34	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.01	Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
35	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.1-	Mit Ketoazidose
36	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.11	Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
37	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.2-	Mit Nierenkomplikationen
38	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.20	Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
39	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.21	Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
40	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.3-	Mit Augenkomplikationen
41	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.30	Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
42	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.31	Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
43	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.4-	Mit neurologischen Komplikationen
44	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.40	Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
45	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.41	Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
46	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.5-	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
47	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.50	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
48	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.51	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
49	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.6-	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
50	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.60	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
51	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.61	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
52	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.7-	Mit multiplen Komplikationen
53	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.72	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
54	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.73	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
55	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.74	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
56	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.75	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
57	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.8-	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
58	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.80	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
59	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.81	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
60	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.9-	Ohne Komplikationen
61	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.90	Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
62	Diabetes mellitus, Typ 2	E11.91	Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Indikation</b>	<b>ICD</b>	<b>ICD-Bezeichnung</b>
63	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
64	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.0-	Mit Koma
65	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.01	Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
66	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.1-	Mit Ketoazidose
67	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.11	Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
68	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.2-	Mit Nierenkomplikationen
69	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.20	Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
70	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.21	Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
71	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.3-	Mit Augenkomplikationen
72	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.30	Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
73	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.31	Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
74	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.4-	Mit neurologischen Komplikationen
75	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.40	Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
76	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.41	Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
77	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.5-	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
78	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.50	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
79	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.51	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
80	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.6-	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
81	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.60	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

Lfd. Nr.	Indikation	ICD	ICD-Bezeichnung
82	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.61	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
83	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.7-	Mit multiplen Komplikationen
84	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.72	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
85	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.73	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
86	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.74	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
87	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.75	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
88	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.8-	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
89	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.80	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
90	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.81	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
91	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.9-	Ohne Komplikationen
92	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.90	Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
93	Diabetes mellitus i. V. m. Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]	E12.91	Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
94	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus
95	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.0-	Mit Koma
96	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.01	Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
97	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.1-	Mit Ketoazidose
98	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.11	Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
99	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.2-	Mit Nierenkomplikationen
100	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.20	Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
101	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.21	Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
102	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.3-	Mit Augenkomplikationen
103	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.30	Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
104	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.31	Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Indikation</b>	<b>ICD</b>	<b>ICD-Bezeichnung</b>
105	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.4-	Mit neurologischen Komplikationen
106	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.40	Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
107	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.41	Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
108	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.5-	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
109	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.50	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
110	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.51	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
111	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.6-	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
112	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.60	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
113	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.61	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
114	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.7-	Mit multiplen Komplikationen
115	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.72	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
116	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.73	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
117	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.74	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
118	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.75	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
119	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.8-	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
120	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.80	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
121	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.81	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
122	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.9-	Ohne Komplikationen
123	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.90	Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
124	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus	E13.91	Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
125	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus
126	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.0-	Mit Koma
127	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.01	Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
128	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.1-	Mit Ketoazidose
129	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.11	Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
130	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.2-	Mit Nierenkomplikationen
131	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.20	Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
132	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.21	Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet

Lfd. Nr.	Indikation	ICD	ICD-Bezeichnung
133	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.3-	Mit Augenkomplikationen
134	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.30	Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
135	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.31	Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
136	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.4-	Mit neurologischen Komplikationen
137	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.40	Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
138	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.41	Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
139	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.5-	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
140	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.50	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
141	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.51	Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
142	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.6-	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
143	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.60	Nicht als entgleist bezeichnet
144	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.61	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
145	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.7-	Mit multiplen Komplikationen
146	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.72	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
147	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.73	Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
148	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.74	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
149	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.75	Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
150	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.8-	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
151	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.80	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
152	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.81	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
153	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.9-	Ohne Komplikationen
154	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.90	Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
155	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	E14.91	Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
156	Diabetes-Komplikationen	G59.0	Diabetische Mononeuropathie
157	Diabetes-Komplikationen	G63.2	Diabetische Polyneuropathie
158	Diabetes-Komplikationen	G99.0	Autonome Neuropathie bei endokrinen und Stoffwechselkrankheiten
159	Diabetes-Komplikationen	I12.-	Hypertensive Nierenkrankheit
160	Diabetes-Komplikationen	I12.0-	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz

Lfd. Nr.	Indikation	ICD	ICD-Bezeichnung
161	Diabetes-Komplikationen	I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
162	Diabetes-Komplikationen	I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
163	Diabetes-Komplikationen	I12.9-	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
164	Diabetes-Komplikationen	I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
165	Diabetes-Komplikationen	I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
166	Diabetes-Komplikationen	I13.-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit
167	Diabetes-Komplikationen	I13.0-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
168	Diabetes-Komplikationen	I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
169	Diabetes-Komplikationen	I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
170	Diabetes-Komplikationen	I13.1-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
171	Diabetes-Komplikationen	I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
172	Diabetes-Komplikationen	I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
173	Diabetes-Komplikationen	I13.2-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
174	Diabetes-Komplikationen	I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
175	Diabetes-Komplikationen	I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
176	Diabetes-Komplikationen	I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien
177	Diabetes-Komplikationen	I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
178	Diabetes-Komplikationen	I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
179	Diabetes-Komplikationen	I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
180	Diabetes-Komplikationen	I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
181	Diabetes-Komplikationen	I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Indikation</b>	<b>ICD</b>	<b>ICD-Bezeichnung</b>
182	Diabetes-Komplikationen	I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
183	Diabetes-Komplikationen	I79.2	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
184	Diabetes-Komplikationen	K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
185	Diabetes-Komplikationen	N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
186	Diabetes-Komplikationen	N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
187	Diabetes-Komplikationen	N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
188	Diabetes-Komplikationen	N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
189	Diabetes-Komplikationen	N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
190	Diabetes-Komplikationen	N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz
191	Diabetes-Komplikationen	N31.1	Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert
192	Diabetes-Komplikationen	N31.2	Schlaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert
193	Diabetes-Komplikationen	Z49.-	Dialysebehandlung
194	Diabetes-Komplikationen	Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
195	Diabetes-Komplikationen	Z49.1	Extrakorporale Dialyse
196	Diabetes-Komplikationen	Z49.2	Sonstige Dialyse
197	Diabetes-Komplikationen	Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz