



Änderungen zum 1. Oktober 2023:

1. Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 (Seiten 1–6)
2. Wegfall der Schulung HBSP zum 30.09.2023 (Seite 7)
3. PVS Update zum 4. Quartal 2023 – Dokumentationen 3. Quartal frühzeitig abschließen (Seite 7)
4. Allgemeine Hinweise zur Dokumentation: Untersuchungsintervalle, Kontrolluntersuchungen und Einreichungsfristen bei der Datenstelle (Seiten 8–10)

1. DMP Diabetes mellitus Typ 2 zum 1. Oktober 2023 aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an Disease-Management-Programme für Patientinnen und Patienten mit Typ-2 Diabetes aktualisiert. Die wissenschaftliche Grundlage für die beschlossenen Änderungen ist insbesondere die Leitlinienrecherche des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Der mit der KV Nordrhein bestehende Vertrag musste daraufhin nun angepasst werden, sodass das aktualisierte DMP ab 1. Oktober 2023 in den Praxen umzusetzen ist. Die wesentlichen Änderungen in der DMP-Anforderungen-Richtlinie möchten wir Ihnen hier darlegen:

Das ist neu

Diagnostik

Als weiteres Diagnosekriterium, in Verbindung mit dem Vorliegen diabetesspezifischer Symptome, wurde ergänzend ein HbA1c-Wert $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol) aufgenommen.

Individuelle Therapieplanung und ärztliche Kontrolluntersuchungen

► HbA1c-Zielwerte

Unter Berücksichtigung der individuellen Therapieziele ist in der Regel der Glukose- bzw. HbA1c-Wert zwischen 6,5% bis 7,5% (48 mmol/mol bis 58 mmol/mol) anzustreben. Der Zielwert innerhalb dieses Korridors soll u. a. vom Alter und den Komorbiditäten abhängen.



DMP-Praxisinformation

Eine Absenkung auf Werte unter 6,5% (48 mmol/mol) kann vor allem bei jüngeren Patientinnen und Patienten im frühen Krankheitsverlauf erfolgen, solange die Therapie mit lebensstilmodifizierenden Maßnahmen oder/und Metformin erfolgt.

Eine Erhöhung des Zielwertes bis 8,5% (69 mmol/mol) kann tolerabel sein bei:

- Wunsch der Patientinnen und Patienten
- Hypoglykämiegefährdung
- fortgeschrittenem Alter, kürzerer Lebenserwartung
- Multimorbidität

Relevant für diese Zielwerte sind dann die Symptombefreiheit und die Vermeidung von akuten hyperglykämischen Entgleisungen und schweren Hypoglykämien.

Allgemeine therapeutische Maßnahmen

► Ernährungsberatung

Patientinnen und Patienten mit Übergewicht wird eine Gewichtsreduktion zur Verbesserung der Glukosekontrolle und Senkung kardiovaskulärer Risiken empfohlen.

► Körperliche Aktivitäten

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität motiviert werden. Die Intensität soll sich an der individuellen Belastbarkeit orientieren und ist kontinuierlich anzupassen. Eine Möglichkeit zum Einstieg in ein regelmäßiges körperliches Training bieten Rehabilitations- oder Diabetessportgruppen. Empfohlen werden Bewegung im Alltag sowie Sport für möglichst 150 Minuten pro Woche.

► Raucherberatung

Es soll aufgeklärt werden, dass auch der Konsum von E-Zigaretten gesundheitsschädigend ist. Bei Bereitschaft zum Rauchverzicht sollen wirksame Hilfen angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse, insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten Tabakentwöhnung und geeignete Medikamente, deren Kosten ggf. von den Versicherten selbst zu tragen sind.

Medikamentöse Therapie

Die Auswahl der Therapie ist nun differenzierter und richtet sich danach, ob und welche Komorbiditäten vorliegen. Relevant sind:

- manifeste arteriosklerotische kardiovaskuläre Komorbidität
- Nephropathie
- Herzinsuffizienz



DMP-Praxisinformation

► Vorliegen keiner dieser Komorbiditäten

Medikamentöse Primärtherapie

- Metformin
- alternativ bei Unverträglichkeit: Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Gliclazid)
- Insulin: Überlegenheit als Ersttherapie gegenüber den Antidiabetika nicht belegt, aber möglich bei hohem Ausgangsglukose- und HbA1c-Wert und erforderlicher starker Wirkung

Therapieeskalation:

Ist das individuelle Therapieziel nach 3 bis 6 Monaten nicht erreicht: Kombination von Metformin mit einem Sulfonylharnstoff (Glibenclamid, gegebenenfalls Gliclazid). Bei Kontraindikationen oder einem HbA1c-Zielbereich unter 7,0% kann vorrangig Empagliflozin und nachrangig ein anderes Antidiabetikum gegeben werden. Ist das Therapieziel nach weiteren 6 Monaten nicht erreicht: Metformin und Basalinsulin.

Bei Vorliegen kardiovaskulärer Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Hyperlipoproteinämie, Adipositas oder Nikotinkonsum: Behandlung mit Basismaßnahmen und spezifischen Maßnahmen.

► bei kardiovaskulärer Erkrankung oder Nephropathie

Definition

- Myokardinfarkt in der Anamnese
- ischämischer Schlaganfall in der Anamnese
- bedeutsame arterielle Stenose (> 50%)
- klinisch relevante Nephropathie (eGFR < 45ml/min oder AKR > 30 mg/g Kreatinin)

Medikamentöse Therapie: Patientinnen und Patienten, die bereits Medikamente für kardiovaskuläre Risikofaktoren bekommen, sollen zusätzlich eine Kombinationstherapie aus Metformin plus Liraglutid oder Empagliflozin erhalten, sofern nach Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen Bereitschaft besteht.

Bei einer klinisch relevanten Nephropathie wird frühzeitig eine Kombination aus Metformin plus einem SGLT2-Inhibitor oder GLP-1-Rezeptoragonist empfohlen, sofern nach Abwägung der Wirkungen und Nebenwirkungen Bereitschaft besteht.

Therapieeskalation: Ist das Therapieziel nach maximal 6 Monaten der Kombinationstherapie nicht erreicht: zusätzlich Basalinsulin.

► bei Herzinsuffizienz

Definition: Linksventrikuläre Ejektionsfraktion < 40%

Medikamentöse Therapie: Es sollte primär – unabhängig vom HbA1c-Wert und zusätzlich zur Standardtherapie – eine Kombinationstherapie aus Metformin plus Dapagliflozin (2. Wahl Empagliflozin) gegeben werden, sofern nach Abwägung Bereitschaft besteht.



DMP-Praxisinformation

Kontraindikation bei dekompensierter Herzinsuffizienz – keine Kombinationstherapie mit Metformin

Risikoadaptierte antiglykämische Therapie

	ohne definierte Komorbidität	manifeste kardiovaskuläre Erkrankung	Nephropathie (eGFR<45ml/min oder AKR>30mg/g Kreatin)	Herzinsuffizienz (nicht dekompensiert)
Primärtherapie	Metformin, alternativ: Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Gliclazid)	Metformin + Liraglutid oder Emplagliflozin	Metformin + SGLT2-Inhibitor oder GLP-1-Rezeptor-Agonist	unabhängig vom HbA1c-Wert zusätzlich zur Standardtherapie Metformin + Dapagliflozin (nachrangige Kombination mit Emplagliflozin)
Therapieziel nach 3-6 Monaten nicht erreicht	Metformin + Sulfonylharnstoff (bei Kontraindikation statt Sulfonylharnstoff Emplagliflozin, nachrangig ein anderes Diabetikum)	↓	↓	
Therapieziel nach 6 Monaten nicht erreicht	Metformin + Basalinsulin	zusätzlich Basalinsulin		
Therapieeskalation gewünscht und notwendig	Kombination aus Basalinsulin und kurzwirksamen Insulin (ggf. als Mischinsulin)			
weiter erhöhter Insulinbedarf	Intensivierte Insulintherapie			

► Grundsätze der Insulintherapie beachten:

- Präferenzen und Wünsche der Patientinnen und Patienten eruieren und gemeinsam Therapieziele festlegen.
- Tagsüber wirksame Insuline so lange wie möglich vermeiden. Stattdessen langwirksame (NPH-) Insuline zur Nacht bevorzugen.
- Bei notwendiger Therapieeskalation sollten nach der abendlichen Gabe von NPH Insulinen Mischinsuline (CT) eingesetzt werden.
- Eine intensiverte Insulinbehandlung sollte – insbesondere im höheren Alter – nur zurückhaltend eingesetzt werden.

► Antidiabetika ohne gesicherte Wirksamkeit hinsichtlich klinischer Endpunkte

- Alpha-Glukosidasehemmer
- andere Antidiabetika (etwa Glimepirid)
- Glinide
- DPP-4-Inhibitoren (Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitoren, Gliptine)



Hypoglykämierisiko im Alltag

► Hyper- und hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen

Die Empfehlungen wurden hinsichtlich der zeitlichen Komponente des Auftretens und der Ursachen konkretisiert. Mögliche Ursachen sind:

- Essverhalten
- unzureichende Medikation
- Ausschluss eines unerkannten Diabetes mellitus Typ 1 – LADA
- pankreopriver Diabetes

► Überprüfung des Therapieziels und gegebenenfalls Therapieanpassung:

Bei dauerhafter Hyperglykämie soll – insbesondere, wenn diabetische Symptome vorliegen – die Glukoseeinstellung verbessert werden. Bei wiederholter schwerer Hypoglykämie soll bei Betroffenen, die eine intensivierte Insulinbehandlung benötigen, in dieser geschult sind und diese bereits anwenden, geprüft werden, ob eine kontinuierliche Glukosemessung (rtCGM) indiziert werden kann.

► Risiken im Blick

Bei erhöhtem Hypoglykämierisiko sind besondere Risiken zu beachten: möglicherweise eingeschränkte Fahr-sicherheit im Straßenverkehr sowie Risiken bei verschiedenen Tätigkeiten (etwa Sport, Bedienung von Ma-schinen).

Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 2

► Makroangiopathie

Neu ist der Hinweis, dass die empfohlenen Maßnahmen nicht nur zur Prävention, sondern auch zur Verzö-gerung der Progression dienen. Es soll geprüft werden, ob eine glukosesenkende medikamentöse Therapie entsprechend den definierten Patientengruppen sinnvoll ist.

► Antihypertensive Therapie

Die Zielwerte und Hinweise zu möglichen individuellen Abweichungen wurden angepasst:

Zielwerte

- systolisch < 140 mmHG und
- diastolisch < 90 mmHg

Individuelle Abweichungen können je nach individueller Situation erforderlich sein (Alter, Begleiterkrankun-gen), intensive Blutdrucksenkung < 130/80 mmHg nur unter Abwägung möglicher Risiken

Medikamente: Die Beta-1-Rezeptor-selektiven Betablocker kommen bei gleichzeitiger manifester Herz-insuffizienz infrage. Nach Myokardinfarkt sollten sie für ein Jahr empfohlen werden, danach Reevaluation.



DMP-Praxisinformation

► Statintherapie

Es sollten Statine mit nachgewiesener morbiditäts- und mortalitätssenkender Wirkung in der Sekundärprävention eingesetzt werden, entweder als feste Hochdosistherapie (unabhängig vom LDL-Wert) oder es ist eine Zielwertstrategie zu vereinbaren.

Mikrovaskuläre Komplikationen

► Nephropathie bei Diabetes mellitus Typ 2

Bei entsprechenden Risikofaktoren soll regelmäßig die Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) bestimmt werden. Zum Ausschluss einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen AKR oder Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin ausreichend.

Mindestens einmal jährlich ist die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) zu erheben.

Bei vorliegender Nephropathie erfolgt die antidiabetische Therapie entsprechend den Empfehlungen für diese Patientengruppe. Die Eiweißaufnahme soll normalisiert werden.

Bei hohem Progressionsrisiko der diabetischen Nephropathie (gemäß eGFR oder AKR) erfolgt eine Überweisung zur Nephrologin, zum Nephrologen oder zu einer nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

Weitere Folgeerkrankungen

► Diabetische Neuropathie

Zur Behandlung von Neuropathien werden keine konkreten Wirkstoffe mehr genannt. Empfohlen werden Medikamente mit der geringsten Organtoxizität und dem niedrigsten Risiko für kardiovaskuläre und renale Nebenwirkungen. Es wird darauf hingewiesen, dass die medikamentöse Therapie nicht immer erfolgreich ist.

► Diabetisches Fußsyndrom

Sofern eine Amputation diskutiert wird, soll die Patientin oder der Patient auf die Möglichkeit einer Zweitmeinung hingewiesen werden. Eine podologische Therapie ist bei Neuro- oder Angiopathie ohne Hautdefekt unter den Voraussetzungen der §§ 27 ff. Heilmittel-Richtlinie angezeigt. Bei Fußläsion mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und bei allen tiefen Ulcera (mit oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-Fuß erfolgt eine Überweisung zu einer für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierten Einrichtung.

► Mund- und Zahngesundheit

Da potenziell ein Zusammenhang zwischen der Glukoseeinstellung und Parodontitis besteht, sollten Patientinnen und Patienten auf die regelmäßigen jährlichen zahnärztlichen Kontrollen hingewiesen werden.



DMP-Praxisinformation

2. Wegfall der Schulung HBSP zum 30.09.2023

Wir hatten bereits darüber informiert, dass das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) der HBSP-Schulung die DMP-Zulassung entzogen hat, da sie nicht mehr die Anforderungen der DMP-A-RL erfüllt.

Daher wird das HBSP-Schulungsprogramm zum 30. September 2023 aus den DMP-Verträgen Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK) gestrichen. Eine Abrechnung der GOP 98017, 98117 und 90514 ist somit ab dem 1. Oktober 2023 nicht mehr möglich.

3. Änderung der Dokumentation: PVS-Update zum 4. Quartal

Aus Gründen der Datensparsamkeit konnten sechs Dokumentationsparameter gestrichen werden. Zwei neue Dokumentationsparameter – SGLT2-Inhibitor (12a) und GLP-1-Rezeptoragonisten(12b) – wurden aufgenommen. Ebenso ist für die weiter bestehenden Dokumentationsfelder auf die Vollständigkeit und die Auswirkungen der praxisindividuellen Zielerreichung zu achten.

Die Dokumentationssoftware für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 wird zum 1. Oktober 2023 an die neuen Dokumentationsfelder angepasst.

Das bedeutet für Praxen:

- Konsultationen von Patientinnen und Patienten, die ab dem 4. Quartal 2023 erfolgen, müssen mit der aktualisierten Software dokumentiert werden.
- Für Patientinnen und Patienten aus dem 3. Quartal muss die derzeit aktuelle bzw. alte Software verwendet werden.

Um mögliche Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei Software-Versionen zu vermeiden, empfiehlt die KV Nordrhein, alle Dokumentationen vom 3. Quartal 2023 bis Ende September abzuschließen und zu versenden.



DMP-Praxisinformation

4. Hinweise zur Dokumentation

Dokumentationsdaten bestimmen Ihre Zielerreichung:

Nach den bundesweiten DMP-Qualitätsberichten werden für Nordrhein weiterhin Fälle verzeichnet, deren Dokumentationsdaten die Zielwerte nicht erreichen, bspw. zu folgenden Qualitätszielen:

- ✗ Erreichen des selbst festgelegten, patientenindividuellen HbA1C-Wertes
- ✗ Jährliche Bestimmung der Nierenfunktion (eGFR)
- ✗ Augenuntersuchungen in den letzten 24 Monaten.
- ✗ Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten

Übersicht im DMP Diabetes Typ 2 durchzuführenden Kontrolluntersuchungen

vierteljährlich, mindestens halbjährlich	Blutdruckmessung
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	HbA1c-Messung
vierteljährlich, mindestens halbjährlich	Bei insulinpflichtigen Patientinnen und PUntersuchung der Spritz-Injektionsstellen auf Lipohypertrophie und der korrekten Injektionstechnik, bei starken Glukoseschwankungen auch häufiger
mindestens einmal jährlich	jährlich Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)
mindestens einmal jährlich	Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus
mindestens vierteljährlich, oder mindestens halbjährlich gemäß Befund	Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks
ein- oder zweijährlich (risikoabhängig)	augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie.

Dokumentations-Intervall bei Bedarf anpassen: vierteljährig oder halbjährlich

Sobald für zwei aufeinanderfolgende Dokumentationsintervalle keine Folgedokumentation vorliegt, muss die Krankenkassen die Patientin oder den Patienten zum Zeitpunkt der zuletzt vorliegenden Dokumentation ausschreiben. Dabei ist es egal, ob diese bzw. dieser nicht erschien oder ein Fehler in der Dokumentation nicht behoben werden konnte.



DMP-Praxisinformation

Solche Ausschreibungen sind ärgerlich für alle. Sollte die Wiedereinbestellung von Patientinnen und Patienten bspw. aufgrund geplanter Abwesenheit nicht möglich sein, können Sie das Untersuchungsintervall in den übergreifenden Dokumentationsdaten bei internistischen DMP (Feld 20) auf „jedes zweite Quartal“ anpassen.

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal
Patient 1 (3) ✓	●	○	●	●	
Patient 1 (3) ✗	●	○	○	●	
Patient 3 (6) ✗	●		○		○
Patient 4 (6) ✓	●		○		●

✓ DMP-Teilnahme bleibt erhalten ● Folgedokumentation erhoben
 ✗ Krankenkasse muss DMP-Teilnahme beenden ○ Folgedokumentation fehlt

DMP-Übermittlungsfristen unbedingt beachten, um Verfristungen und Honorarverlust zu vermeiden!

Nach den DMP-Verträgen sind Teilnahmeerklärungen und Dokumentationen innerhalb von 10 Tagen nach Befundstellung an die DMP-Datenstelle zu übermitteln. Leider kommt es widerkehrend zu verspäteten oder fehlerhaften Übertragungen an die nordrheinische DMP-Datenstelle SPS. Da in diesen Fällen ein Honorarverlust sowie die Ausschreibung von Patientinnen und Patienten mit dem verbundenen Mehraufwand zur Wiedereinschreibung droht, weisen wir auf die dringende Einhaltung der folgenden Fristen und Hinweise hin:

	Teilnahme- und Einwilligungs- erklärungen (TE/EWE)	Erst- und Folgedokumentationen (ED/FD)
Checkliste zur Vermeidung von Fehlern und Korrekturen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell gültige TE/EWE (70E) ▪ Ausfertigung für die Datenstelle ▪ teilnahmeberechtigte LANR/BSNR erfasst ▪ Keine handschriftlichen Patientendaten (Unser Tipp: Drucken Sie die TE/EWE direkt aus der PVS aus.) ▪ Original von Arzt und Patient unterschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ teilnahmeberechtigte LANR/BSNR erfasst ▪ Plausibilitätsprüfung vorab in der PVS durchführen ▪ nach ggf. erforderlichen Korrekturen an die Datenstelle übermitteln ▪ Abgleich mit dem Eingangsbericht der Datenstelle
Übermittlung an die Datenstelle per	Exemplar der Datenstelle per Post an die DMP-Datenstelle	Elektronisch an die DMP Datenstelle via KV-Connect, Datenträger oder direkt auf dem Portal der Datenstelle
Frist	Spätestens 10 Tage nach Befunderhebung.	Spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation



DMP-Praxisinformation

Die Datenstelle übersendet monatlich einen Kontoauszug über die dort plausibel eingegangenen Dokumentationen für Ihren Abgleich. Grundlage ist der bis zum 5. Tag eines Monats eingegangene Datenbestand. Von der Datenstelle mitgeteilte Korrekturerfordernisse müssen unverzüglich nach Erhalt erfolgen. Nicht abgeschlossene Verfahren verfallen mit Ablauf des 52. Tag nach Quartalsende.

Fragen zum Versand und Empfang von Dokumentationen:

DMP – Datenstelle Nordrhein SPS
Postfach 10 04 23
96056 Bamberg
Arzthotline: 0951 3093973

Alle Informationen zu den DMP-Verträgen inklusive Ausfüllanleitungen für die Dokumentationen finden Sie auch auf unserer Homepage unter www.kvno.de ▶ praxis ▶ recht&vertraege ▶ vertraege ▶ dmp