

Aktualisierung der DMP-Anforderungen bei Diabetes mellitus Typ 2

Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 sollen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms (Disease-Management-Programm, DMP) ab 1. Juli 2017 unter neuen, aktualisierten DMP-Anforderungen behandelt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies mit Inkrafttreten zum 1. Juli 2016 beschlossen. Sämtliche bisherigen diagnostischen, therapeutischen und qualitätssichernden Maßnahmen wurden anhand aktueller Leitlinien überprüft, angepasst oder ergänzt. Dies war notwendig, um weiterhin auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu sein. Wir haben für Sie das Wichtigste zusammengefasst.

Was neu ist

Diagnose und Therapie

➔ Blutdruck

Neu ist das Ziel, den Blutdruck innerhalb eines Zielkorridors zwischen 139/89 mmHg und 130/80 mmHg abzusenken. Bisher war eine Obergrenze von 139 bzw. 89 mmHg vorgesehen. Nun gibt es auch eine Untergrenze von 130 bzw. 80 mmHg. Eine generelle Blutdrucksenkung unter 130 bzw. 80 mmHg wird nicht empfohlen, da diese zwar das Schlaganfallrisiko senken kann, aber das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu ungünstig ist.

➔ Blutzucker

Um Langzeitkomplikationen ebenso wie akute Unterzuckerungen zu vermeiden, soll das individuelle Therapieziel der HbA1c-Werte nun in der Regel im Zielkorridor zwischen 6,5 % und 7,5 % (bzw. 47,5 bis 58,5 mmol/mol) liegen.

- Eine Absenkung auf unter 6,5 % bzw. 47,5 mmol/mol kann erfolgen, so lange die Therapie mit lebensstilmodifizierenden Maßnahmen und/oder Metformin erfolgt.
- Bei älteren, multimorbiden Patienten darf der Wert bei über 8 % bzw. 63 mmol/mol liegen, wenn diese eine eher kürzere Lebenserwartung haben und symptomfrei sind.

➔ Blutzuckersenkende Arzneimittel

Die Therapieempfehlungen dafür hat der G-BA an die aktuelle Nationale Versorgungs-Leitlinie angepasst. Als Antidiabetika mit gesicherter günstiger Beeinflussung klinischer Endpunkte gelten Metformin, Sulfonylharnstoffe wie Glibenclamid und Gliclazid sowie Insulin. Als Antidiabetika ohne gesicherte günstige Beeinflussung klinischer Endpunkte gelten Alpha-Glukosidasehemmer, DPP-4-Inhibitoren, SGLT2-Inhibitoren, Glinide, GLP-1-Rezeptoragonisten und andere Antidiabetika, etwa Glimepirid.

**gültig ab
1. Juli 2017**

**Untergrenze
beim Blutdruck**

**HbA1c-
Zielkorridor**

**Metformin,
Insulin & Co.**

DMP-Anforderungen bei Diabetes mellitus Typ 2


- Die Monotherapie mit Metformin ist bevorzugt anzuwenden. Bei Metformin-Unverträglichkeit können alternativ Sulfonylharnstoffe eingesetzt werden.
Achtung: Es ist nicht belegt, dass Insulin als Ersttherapie gegenüber diesen oralen Antidiabetika in Monotherapie überlegen ist. Bei hohem Ausgangsblutzucker, HbA1c-Wert und erforderlicher starker Wirkung kann auch im Rahmen der Ersttherapie der Einsatz von Insulin notwendig sein.
- Reicht die primäre Monotherapie nicht aus, um das HbA1c-Ziel zu erreichen, kann eine Kombination mehrerer Antidiabetika helfen, den Blutzucker besser zu kontrollieren. Da derzeit keine Langzeitstudien vorliegen, die einen Nutzen bezüglich klinischer Endpunkte beziehungsweise Langzeitsicherheit belegen, ist eine Nutzen-Schaden-Abwägung notwendig.

Patienten mit einer kardiovaskulären Erkrankung und unzureichender Blutzuckerkontrolle kann der Wirkstoff Empagliflozin aus der Gruppe der Gliflozine verordnet werden. Er wird in Kombination mit mindestens einem weiteren oralen Antidiabetikum bzw. mit Insulin verordnet. Empagliflozin führt zu einer verstärkten Ausscheidung von Glukose über den Harn.

➔ Nieren

Um Funktionsstörungen der Nieren frühzeitig zu erkennen, soll nach den neuen Vorgaben die geschätzte (= estimated) Glomeruläre Filtrationsrate (eGFR) bestimmt werden.

Aus Serum-Kreatinin und anderen Parametern, wie etwa Alter und Gewicht, lässt sich die eGFR anhand von Schätzformeln berechnen.

 Die meisten Labore ermitteln die eGFR. Sie können den Wert aber auch selbst berechnen, etwa mithilfe des Links

➔ www.nierenrechner.de/egfr-rechner

➔ Füße

Um ein diabetisches Fußsyndrom (DFS) und daraus häufig resultierende Fußamputationen zu vermeiden, werden präventive Maßnahmen verstärkt. Die bislang eingesetzte Wagner-Armstrong-Klassifikation wird zugunsten einer direkten Erfassung des Vorliegens eines Ulkus und/oder Wundinfektion sowie der jeweiligen Ausprägung aufgegeben. Ebenfalls neu ist die Erfassung weiterer Risiken für die Entstehung eines DFS. Außerdem wird individuell festgelegt und dokumentiert, in welchem Rhythmus die Füße untersucht werden müssen.

- Unauffällige Füße werden nun mindestens einmal jährlich untersucht – einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und des Pulsstatus. Die Patienten erhalten Beratung hinsichtlich geeigneten Schuhwerks. Sie sollen selbst präventiv tätig werden, z. B. durch Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße.
- Bei erhöhtem Risiko – etwa durch eine Neuropathie oder Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) und/oder Risiken einer Fußdeformität – werden alle drei bzw. sechs Monate oder sogar häufiger die Füße untersucht und das Schuhwerk überprüft. Bei Patienten mit nicht sicher tastbaren Fußpulsen sollte der Knöchel-Arm-Index (Dopplerdruckmethode) bestimmt werden. Patienten, etwa mit Neuropathie, sollten mit konfektionierten diabetischen Schutzschuhen versorgt werden.

eGFR mindestens einmal jährlich ermitteln

Fußkontrolle mindestens jährlich (bei erhöhtem Risiko: mindestens viertel- bzw. halbjährlich)

Füße stärker im Fokus


DMP-Anforderungen bei Diabetes mellitus Typ 2

➔ Augenärztliche Untersuchung

Zur Früherkennung von Netzhauterkrankungen (diabetische Retinopathie) gilt künftig – abhängig vom individuellen Risiko – ein ein- oder zweijähriges Untersuchungsintervall.

Für den Nutzen bisheriger mindestens jährlicher Kontrollintervalle liegt keine höhergradige Evidenz vor. Zudem zeigen neuere Untersuchungen keine Nachteile hinsichtlich eines längeren Untersuchungsintervalls bei unauffälligem Funduskopiebefund. Bei der Festlegung des Untersuchungsintervalls ist jedoch das individuelle Risikoprofil zu berücksichtigen.

Zu Risikofaktoren finden Sie in der Nationalen VersorgungsLeitlinie mehr

 (s. dort Kapitel 2.2. Risikofaktoren):

➔ <http://www.leitlinien.de/nvl/html/netzhautkomplikationen/kapitel-2>

➔ Bei Insulinpflicht

Spritzstellen sollen vierteljährlich, mindestens halbjährlich, auf Lipohypertrophie und korrekte Injektionstechnik untersucht werden, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger. Dies ist angezeigt, da durch die Verdickung des Fettgewebes die Insulinaufnahme vermindert sein kann.


➔ Statine

Hier wird stärker zwischen Primär- und Sekundärprävention unterschieden. Bei Teilnehmern mit stark erhöhtem Risiko für makroangiopathische Komplikationen kann eine Statintherapie erwogen werden, wenn das Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in den kommenden 10 Jahren mit 20 % angenommen werden kann.

Beratung

➔ Arzneimittelcheck

Mindestens einmal im Jahr sollen sämtliche Medikamente, die der Patient tatsächlich einnimmt (einschließlich Selbstmedikation), strukturiert erfasst werden. Mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen sollen berücksichtigt werden, um frühzeitig Änderungen der Therapie oder Anpassungen der Dosis vornehmen zu können. Diese Regelung gilt für Patienten, bei denen die dauerhafte Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln erforderlich ist. Patienten, die drei oder mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen bzw. anwenden, haben seit 1. Oktober 2016 Anspruch auf einen Medikationsplan. Im bundeseinheitlichen Medikationsplan erfasst sind Wirkstoff, Handelsname, Stärke, Form, Einheit, Einnahmezeiten und besondere Hinweise zu den Medikamenten sowie der Grund für die Medikation.

 Mehr dazu hier:

➔ <http://www.kbv.de/html/medikationsplan.php>

Weitere Anforderungen an die Behandlung

➔ Raucherberatung, Einweisung und Begleiterkrankungen

Auch in anderen Bereichen gibt es Neuerungen. So erhält die Raucherberatung eine stärkere Priorität. Der Patient soll dazu unbedingt über die Risiken des Rauchens aufgeklärt und zum Rauchstopp motiviert werden.

Kontrolle der Augen: jährlich oder alle zwei Jahre

Spritzstellen vierteljährlich, mindestens halbjährlich kontrollieren

Statintherapie bei möglichen kardiovaskulären Risiken

Medikamentenmanagement ab fünf Medikamenten

Rauchstopp erklärtes Ziel

Informationen für Ihre Praxis

DMP-Anforderungen bei Diabetes mellitus Typ 2

Neu ist die Pflicht zur Krankenhauseinweisung eines Patienten mit diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht möglich oder nicht erfolgreich ist. Die psychosoziale Situation des Patienten soll in die Behandlung einbezogen werden. Geprüft wird, inwieweit der Patient beim Vorliegen psychischer Komorbiditäten von einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Mitbehandlung profitiert.

Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Ab 1. Juli 2017 ändert sich auch die Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Die bisherigen Formulare sollten daher nur noch bis 30. Juni 2017 verwendet werden. Die Änderungen betreffen die Patienteninformation, die als Anlage zur Teilnahme- und Einwilligungserklärung gehört.

Dokumentation

Die Dokumentation ändert sich, z. B. hinsichtlich der Kriterien zu den Untersuchungen der Füße und zu den Schulungen. Bitte denken Sie daran, Ihre Praxissoftware zu aktualisieren, bevor Sie die DMP-Dokumentationen für das 3. Quartal 2017 übermitteln!

Qualitätsziele

Folgende Qualitätsziele wurden aufgenommen:

- möglichst wenige Patienten mit einem HbA_{1c}-Grenzwert von mehr als 8,5 %,
- ein niedriger Anteil von Patienten mit einem systolischen Blutdruck größer als 150 mmHg,
- ein hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen mindestens einmal jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde, um mögliche Amputationen zu vermeiden,
- ein hoher Anteil an Teilnehmern, bei denen Intervalle für zukünftige Fußinspektionen festgelegt wurden,
- ein hoher Anteil an Teilnehmern, die in den letzten 24 Monaten augenärztlich untersucht wurden,
- ein hoher Anteil von mit Metformin behandelten Patienten im Rahmen der Patientengruppe, die mit einem oralen Antidiabetikum in Monotherapie behandelt werden.

Weitere Fragen?

Der G-BA-Beschluss im Internet:

→ <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2466/>

Die Begründung zu den Änderungen:

→ https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3633/2016-01-21_DMP-A-RL_Diabetes-Typ2_Anlage-1-u-8_TrG.pdf

Das AOK-Gesundheitspartnerportal bietet weitere Infos zum DMP sowie Themen rund um Arzt und Praxis:

→ www.aok-gesundheitspartner.de

Impressum:

Herausgeber und verantwortlich für den Text: AOK-Bundesverband, Berlin
Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin; Grafik: Ulrich Scholz Design, Düsseldorf
Stand: April 2017

**Krankenhaus-
einweisung**

**Psychische
Begleiterkran-
kungen**

**Neue Formulare
verwenden**

 **Software
aktualisieren**

**Neue
Qualitätsziele**

**Weiterführende
Informationen**

