

# Richtlinie

## des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V

### (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL)

*Servicedokument zum Beschluss vom 18. Juni 2025 über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Anlage 7 (DMP Diabetes mellitus Typ 1) und der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 -Dokumentation) und der Anlage 24*

Stand: 18.06.2025

**Legende:**

**Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL  
**Durchgestrichen:** Streichungen im Vergleich zur aktuell gültigen DMP-A-RL  
**grüne Schrift** Ergänzung mit Inkrafttreten zum 01.07.2025

**Hinweis:**

- Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de). Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie stehen, so gilt die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

#### Anlage 7 Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1

**1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

##### 1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 1

Als Diabetes mellitus Typ 1 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch absoluten Insulinmangel auf Grund einer Zerstörung der Betazellen in der Regel im Rahmen eines Autoimmungeschehens entsteht und häufig mit anderen Autoimmunerkrankungen assoziiert ist.

##### 1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)

Die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien bei Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm erfüllt sind oder sich aus der

25 Vorgeschichte der Patientin oder des Patienten bei der Manifestation der Erkrankung  
26 ergeben:

27 ~~1. a)~~ Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (zum Beispiel Polyurie,  
28 Polydipsie, ungewollter Gewichtsverlust) und/oder einer Ketonurie/Ketoazidose (als  
29 Hinweis auf einen absoluten Insulinmangel) und

30 ~~2. b)~~ Nüchtern-Glukose vorrangig im Plasma (I. P.)  $\geq 7,0$  mmol / l ( $\geq 126$  mg / dl) oder Nicht-  
31 Nüchtern-Glukose I. P.  $\geq 11,1$  mmol / l ( $\geq 200$  mg / dl) oder HbA1c-Wert  $\geq 6,5\%$  ( $\geq 48$  mmol  
32 / mol).

33 Die Unterscheidung zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 erfolgt im strukturierten  
34 Behandlungsprogramm demnach anhand der Anamnese, des klinischen Bildes und der  
35 Laborparameter. Dies schließt bei Bedarf die Bestimmung der diabetesspezifischen Antikörper  
36 und des C-Peptids mit ein.

37 Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus  
38 Nummer 3. Die Ärztin oder der Arzt soll in Abstimmung mit der Patientin oder mit dem  
39 Patienten prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1  
40 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

### 41 **1.3 Therapie des Diabetes mellitus Typ 1**

#### 42 **1.3.1 Therapieziele**

43 Die Therapie dient der Verbesserung der von einem Diabetes mellitus beeinträchtigten  
44 Lebensqualität, der Vermeidung diabetesbedingter und -assoziierter Folgeschäden sowie  
45 Erhöhung der Lebenserwartung. Hieraus ergeben sich insbesondere folgende Therapieziele:

46 – Vermeidung der mikrovaskulären Folgeschäden (Retinopathie mit schwerer  
47 Sehbehinderung oder Erblindung, Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer  
48 Nierenersatztherapie),

49 – Vermeidung von Neuropathien bzw. beziehungsweise Linderung von damit  
50 verbundenen Symptomen, insbesondere Schmerzen,

51 – Vermeidung des diabetischen Fußsyndroms mit neuro-, angio- und/oder  
52 osteoarthropathischen Läsionen und von Amputationen,

53 – Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale, zerebrovaskuläre und sonstige  
54 makroangiopathische Morbidität und Mortalität,

55 – Vermeidung von Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidosen und Hypoglykämie) und  
56 Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie (zum Beispiel Lipohypertrophien).

#### 57 **1.3.2 Differenzierte Therapieplanung**

58 Auf der Basis der allgemeinen Therapieziele und unter Berücksichtigung des individuellen  
59 Risikos sowie der vorliegenden Folgeschäden bzw. beziehungsweise Begleiterkrankungen sind  
60 gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen und  
61 eine differenzierte Therapieplanung vorzunehmen. Ziel der antihyperglykämischen Therapie  
62 ist eine normnahe Einstellung der Glukose unter Vermeidung von Hyper- und Hypoglykämien.  
63 Bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte ein HbA1c-Wert  $\leq 7,5\%$  ( $\leq 58$  mmol/mol)  
64 angestrebt werden, solange keine problematischen Hypoglykämien auftreten.

65 Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in  
66 Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann.

67 Darüber hinaus sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen, der Verträglichkeit und  
68 der Komorbiditäten vorrangig Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und  
69 deren Sicherheit im Hinblick auf die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele  
70 in prospektiven, randomisierten, kontrollierten Langzeitstudien nachgewiesen wurden.

### 71 **1.3.3 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme**

72 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 müssen Zugang zu einem  
73 strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und  
74 Behandlungsprogramm erhalten.

75 Im Übrigen gelten die in Nummer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

### 76 **1.3.4 Insulinsubstitution und Stoffwechselfelbstkontrolle**

77 Bei gesichertem Diabetes mellitus Typ 1 ist die Substitution von Insulin die lebensnotwendige  
78 und lebensrettende Maßnahme. Für die Erreichung der in Nummer 1.3.1 genannten  
79 Therapieziele ist die Senkung der Glukosewerte in einen individuell vereinbarten, möglichst  
80 normnahen Bereich notwendig.

81 Die intensivierte Insulin-Therapie (ICT) mittels manueller Injektionstherapie (Pentherapie)  
82 oder mittels kontinuierlicher subkutaner Insulininfusion (CSII / Pumpentherapie) ist der  
83 Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1.

84 Im Rahmen des strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramms sollen die  
85 Patientinnen und Patienten mit der selbstständigen korrekten Durchführung einer  
86 intensivierten Insulintherapie vertraut gemacht werden. Hierzu zählen u. a. die variablen  
87 präprandialen Gaben von kurzwirksamen Insulinen nach Glukoseselbstkontrolle. Dabei ist auf  
88 einen ausreichenden Wechsel der Insulin-Injektionsstellen zu achten, um  
89 Gewebeeränderungen zu vermeiden, die die Insulinresorption nachhaltig beeinflussen. Ziel  
90 ist eine selbstbestimmte flexible Lebensführung.

91 Patientinnen und Patienten sollen in die Lage versetzt werden, die Glukosewirksamkeit ihrer  
92 Nahrung einzuschätzen, um die Insulindosierung entsprechend anpassen zu können.

93 Die regelmäßige Glukoseselbstkontrolle **sowie deren Erweiterung durch die rtCGM** ist  
94 integraler Bestandteil der intensivierten Insulintherapie des Diabetes mellitus Typ 1 ~~sowie~~  
95 ~~deren Erweiterung durch die rtCGM~~ und dient der Korrektur bei Blutzuckerschwankungen und  
96 dem Gewährleisten der Therapiesicherheit.

97 Bei Patientinnen und Patienten mit einer intensivierten Insulinbehandlung, welche in dieser  
98 geschult sind und diese bereits anwenden, besteht insbesondere dann eine Indikation zur  
99 Anwendung der rtCGM, wenn deren festgelegte individuelle Therapieziele zur  
100 Stoffwechseleinstellung auch bei Beachtung der jeweiligen Lebenssituation der Patientin oder  
101 des Patienten nicht erreicht werden können.

102 Bei Anwendung der rtCGM muss die Patientin oder der Patient zeitnah bereits im Zuge der  
103 Verordnung und vor der ersten Anwendung des rtCGM über die Schulungsinhalte zur  
104 intensivierten Insulintherapie (ICT und gegebenenfalls zur Insulinpumpe) hinausgehend,  
105 hinsichtlich der sicheren Anwendung des Gerätes, insbesondere der Bedeutung der  
106 Blutglukose-Selbstmessung und der durch das Gerät zur Verfügung gestellten Trends unter  
107 Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und eventuell vorhandener Vorkenntnisse  
108 geschult werden. Für Patientinnen und Patienten die eine rtCGM anwenden sind auch die  
109 Vorgaben in Nummer 4.2 zu beachten.

110 **Sofern die Patientin beziehungsweise der Patient ein rtCGM-Gerät nutzt, erlauben die**  
111 **Parameter Time In Range (TIR), Time Below Range (TBR) und Time Above Range (TAR) sowie**  
112 **die Visualisierung der Glukoseprofile eine schnelle Beurteilung der Güte der kurz- und**  
113 **mittelfristigen Glukosekontrolle und können bei der Therapiesteuerung berücksichtigt**  
114 **werden.**

115 **1.3.4.1 1-4 Hypoglykämische, hyperglykämische und ketoazidotische**  
116 **Stoffwechselentgleisungen**

117 Bei hyperglykämischen Entgleisungen sollen Messungen der Ketonkörper zum Ausschluss  
 118 einer Ketose erfolgen. Konzeption und Durchführung der Glukose-Kontrolle sollten bei Bedarf  
 119 überprüft und mit der Patientin oder dem Patienten besprochen werden.

120 **Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose ist wegen des Risikos der Wiederholung**  
 121 **solcher metabolischer Ereignisse im Anschluss an die Notfalltherapie zeitnah die**  
 122 **Ursachenklärung und bei Bedarf eine Therapie- oder Therapieziel-Anpassung einzuleiten. In**  
 123 **diesen Situationen ist, sofern noch nicht erfolgt, die Indikation zum rtCGM zu prüfen.**

124 **1.3.5 Ärztliche Kontrolluntersuchungen**

125 Die folgende Tabelle fasst die regelmäßig durchzuführenden Untersuchungen zusammen.  
 126 Näheres ist in den Nummern 1.45 und 1.67 beschrieben.

Erwachsene	Kinder und Jugendliche
jährlich: Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Spontan-Urin zur Diagnostik einer Albuminurie und Nephropathie nach <del>fünf</del> Jahren Diabetesdauer. Zusätzlich Berechnung der geschätzten (estimated) glomerulären Filtrationsrate (eGFR)	jährlich: Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Spontan-Urin bei Kindern und Jugendlichen (nach <del>fünf</del> Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem <del>elften</del> Lebensjahr)
	ein- bis zweijährlich: Bestimmung des TSH-Wertes und  ein- bis zweijährlich: Bestimmung der Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak)
ein- oder zweijährlich: augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie nach <del>fünf</del> Jahren Diabetesdauer	ein- oder zweijährlich: augenärztliche Untersuchung einschließlich Netzhautuntersuchung in Mydriasis zum Ausschluss einer Retinopathie (nach <del>fünf</del> Jahren Diabetesdauer, frühestens ab dem <del>elften</del> Lebensjahr)
Nach <del>fünf</del> Jahren Diabetesdauer mindestens einmal jährlich: Inspektion der Füße einschließlich klinischer Prüfung auf Neuropathie und Prüfung des Pulsstatus  Untersuchung der Füße bei erhöhtem Risiko, einschließlich Überprüfung des Schuhwerks gemäß Befund siehe Tabelle in Nummer 1.45.3.	
vierteljährlich, mindestens einmal jährlich: Blutdruckmessung nach WHO-Standard	mindestens einmal jährlich: Blutdruckmessung nach WHO-Standard bei Kindern und Jugendlichen (ab dem <del>elften</del> Lebensjahr)
vierteljährlich, mindestens <del>zweimal</del> jährlich: HbA1c-Messung	vierteljährlich, mindestens <del>zweimal</del> jährlich: HbA1c-Messung
vierteljährlich, mindestens <del>zweimal</del> jährlich: Untersuchung der Injektionsstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger	vierteljährlich, mindestens <del>zweimal</del> jährlich: Untersuchung der Injektionsstellen, bei starken Blutzuckerschwankungen auch häufiger

## 127 1.3.6 Lebensstil

### 128 1.3.6.1 Raucherberatung

129 Im Rahmen der Therapie klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die  
130 Patientinnen und die Patienten über die besonderen Risiken des Rauchens, des Konsums ~~über~~  
131 ~~von~~ E-Zigaretten und ~~des~~ Passivrauchens für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus  
132 Typ 1 auf, verbunden mit den folgenden spezifischen Beratungsstrategien und der dringenden  
133 Empfehlung, das Rauchen aufzugeben-:

- 134 - Der Raucherstatus soll bei jeder Patientin und jedem Patienten bei jeder Konsultation  
135 erfragt werden.
- 136 - Raucherinnen und Raucher sollen in einer klaren, starken und persönlichen Form dazu  
137 motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- 138 - Es ist festzustellen, ob Raucherinnen und Raucher zu dieser Zeit bereit sind, einen  
139 Ausstiegsversuch zu beginnen.
- 140 - Ausstiegsbereiten Raucherinnen und Rauchern sollen wirksame Hilfen zur  
141 Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu gehören nicht-medikamentöse,  
142 insbesondere verhaltensmodifizierende Maßnahmen im Rahmen einer strukturierten  
143 Tabakentwöhnung und geeignete Medikamente, ~~von~~ auch soweit deren Kosten ~~von~~  
144 Patientinnen und Patienten selbst zu tragen sind.
- 145 - Es sollen Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem  
146 Ausstiegsdatum.

### 147 1.3.6.2 Alkoholkonsum

148 Alkoholkonsum bei Diabetes mellitus Typ 1 erhöht das Risiko einer verspätet auftretenden  
149 Hypoglykämie. Patientinnen und Patienten sind über entsprechende präventive Maßnahmen  
150 zu informieren.

### 151 1.3.6.3 Hypoglykämierisiko im Alltag

152 Die Patientinnen und Patienten sollen über das Hypoglykämierisiko im Straßenverkehr sowie  
153 bei verschiedenen Tätigkeiten (zum Beispiel Sport, Bedienung von Maschinen) und die zu  
154 ergreifenden Maßnahmen zur Vermeidung einer Hypoglykämie aufgeklärt werden. ~~Die~~  
155 ~~Patientinnen und Patienten sollen zusätzlich darüber aufgeklärt werden, dass individuelle~~  
156 ~~Reaktionen auf körperliche Belastungen variieren und verschiedene Aktivitäten zu~~  
157 ~~unterschiedlichen Reaktionen des Blutzuckerspiegels führen können. Unabhängig davon~~  
158 ~~sollten sie über die positiven Auswirkungen von Bewegung und sportlicher Aktivität auf die~~  
159 ~~allgemeine Gesundheit und den Glukosestoffwechsel informiert und zur regelmäßigen~~  
160 ~~körperlichen Aktivität motiviert werden.~~ Insbesondere soll über die möglicherweise  
161 eingeschränkte Fahrsicherheit beim Führen eines Fahrzeugs aufgeklärt werden. Die  
162 Betroffenen sollen explizit nach dem Auftreten von Hypoglykämien in ~~oben-~~ ~~genannten-~~  
163 Situationen befragt werden.

## 164 1.3.7 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

165 Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder  
166 der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder  
167 mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder  
168 mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten  
169 Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

170 Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche von der  
171 Patientin oder ~~von~~ ~~dem~~ Patienten tatsächlich eingenommenen ~~Arzneimittel~~, einschließlich

172 der Selbstmedikation, strukturiert erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und  
173 Interaktionen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig  
174 vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch  
175 eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren  
176 an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den  
177 koordinierenden Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine  
178 Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder  
179 dem Patienten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der  
180 individuellen Situation erwogen werden.

181 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch  
182 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach  
183 § 31a SGB V informiert.

184 Bei festgestellter Einschränkung der Nierenfunktion sind die Dosierung der entsprechenden  
185 Arzneimittel sowie gegebenenfalls das Untersuchungsintervall der Nierenfunktion  
186 anzupassen.

#### 187 **1.4 ~~Hypoglykämische und ketoazidotische Stoffwechsellentgleisungen~~**

188 ~~Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose ist wegen des Risikos der Wiederholung~~  
189 ~~solcher metabolischer Ereignisse im Anschluss an die Notfalltherapie zeitnah die~~  
190 ~~Ursachenklärung und bei Bedarf eine Therapie- und /oder Therapiezielanpassung einzuleiten.~~  
191 ~~In dieser Situation ist, sofern noch nicht erfolgt, die Indikation zum rtCGM zu prüfen.~~

#### 192 **1.4 ~~1.5~~ Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus Typ 1**

##### 193 **1.4.1 ~~1.5.1~~ Mikrovaskuläre Folgeerkrankungen**

##### 194 **1.4.1.1 ~~1.5.1.1~~ Allgemeinmaßnahmen**

195 Für die Vermeidung des Entstehens mikrovaskulärer Folgeerkrankungen (vor allem  
196 diabetische Retinopathie und Nephropathie) ist die Senkung der Glukose in einen normnahen  
197 Bereich notwendig. Bereits bestehende mikrovaskuläre Komplikationen können insbesondere  
198 zu den Folgeschäden führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können: Sehbehinderung  
199 bis zur Erblindung, Niereninsuffizienz bis zur Dialysenotwendigkeit. Zur Hemmung der  
200 Progression ist neben der Senkung der Glukose die Senkung des Blutdrucks in einen  
201 normnahen Bereich von entscheidender Bedeutung. Die Aufmerksamkeit soll ~~5-~~**fünf** Jahre  
202 nach Manifestation des Diabetes mellitus Typ 1 auf Folgeerkrankungen gerichtet werden.

##### 203 **1.4.1.2 ~~1.5.1.2~~ Diabetische Nephropathie**

204 Ein Teil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist hinsichtlich einer  
205 Entstehung einer diabetischen Nephropathie mit der möglichen Konsequenz einer  
206 Nierenersatztherapie und deutlich erhöhter Sterblichkeit gefährdet. Patientinnen und  
207 Patienten mit einer diabetischen Nephropathie bedürfen gegebenenfalls einer spezialisierten,  
208 interdisziplinären Behandlung, einschließlich problemorientierter Beratung. Zum Ausschluss  
209 einer diabetischen Nephropathie ist der Nachweis einer normalen Urin-Albumin-  
210 Ausscheidungsrate oder einer normalen Urin-Albumin-Konzentration im ersten Morgenurin  
211 ausreichend.

212 Für die Diagnosestellung einer diabetischen Nephropathie ist der mindestens zweimalige  
213 Nachweis einer pathologisch erhöhten Albumin-Kreatinin-Ratio (AKR) im Urin im Abstand von  
214 zwei bis vier Wochen notwendig, insbesondere bei Vorliegen einer Retinopathie. Patientinnen  
215 und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ohne bekannte diabetische Nephropathie erhalten  
216 mindestens einmal jährlich eine entsprechende Urin-Untersuchung zum Ausschluss einer  
217 diabetischen Nephropathie.

218 Zusätzlich ist jährlich die Bestimmung der eGFR auf Basis der Serum-Kreatinin-Bestimmung  
219 durchzuführen.

220 Wenn eine diabetische Nephropathie diagnostiziert wurde, sind Interventionen vorzusehen,  
221 für die ein positiver Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung der Progression und  
222 Nierenersatztherapie erbracht ist. Dazu zählen insbesondere eine Senkung des Blutdrucks  
223 unter 140/90 mmHg - und normnahe Glukoseeinstellung, Tabakverzicht und bei pathologisch  
224 reduzierter glomerulärer Filtrationsrate die Empfehlung einer adäquat begrenzten  
225 Eiweißaufnahme.

226 Patientinnen und Patienten mit progredienter Nierenfunktionsstörung sollen spätestens bei  
227 Erreichen einer Niereninsuffizienz im Stadium 4 über die Möglichkeit einer  
228 Nierenersatztherapie aufgeklärt werden. Eine Schonung der Armvenen proximal des  
229 Handgelenks beidseits soll erfolgen.

230 Bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und fortgeschrittener  
231 Niereninsuffizienz mit potentiell reversiblen diabetesassoziierten Komplikationen kann die  
232 kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantation eine Therapieoption sein.

### 233 **1.4.1.3 ~~1.5.1.3~~ Diabetische Retinopathie**

234 Zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie ist, in der Regel beginnend fünf Jahre nach  
235 Manifestation des Diabetes, eine augenärztliche Untersuchung einschließlich  
236 Netzhautuntersuchung in Mydriasis durchzuführen. Bei unauffälligem  
237 Augenhintergrundbefund ist eine Kontrolluntersuchung in Abhängigkeit des Risikoprofils alle  
238 ein oder zwei Jahre durchzuführen.

239 Wenn eine diabetesassoziierte Augenkomplikation diagnostiziert wurde, sind Interventionen  
240 vorzusehen, für die ein Nutznachweis im Hinblick auf die Vermeidung einer  
241 Sehverschlechterung oder Erblindung erbracht ist. Dazu zählen eine normnahe Glukose- und  
242 Blutdruckeinstellung sowie gegebenenfalls eine rechtzeitige und adäquate augenärztliche  
243 Behandlung.

### 244 **1.4.2 ~~1.5.2~~ Diabetische Neuropathie**

245 Zur Behandlung der diabetischen Neuropathie sind stets Maßnahmen vorzusehen, die zur  
246 Optimierung der Stoffwechseleinstellung führen.

247 Bei Neuropathien mit für die Patientin oder den Patienten störender Symptomatik (vor allem  
248 schmerzhaftes Polyneuropathie) ist der Einsatz zusätzlicher medikamentöser Maßnahmen  
249 sinnvoll, aber nicht in jedem Fall erfolgreich. Medikamente, deren Organtoxizität und  
250 insbesondere deren Risiko für kardiovaskuläre und renale Nebenwirkungen am niedrigsten  
251 sind, sind zu bevorzugen.

252 Bei Hinweisen auf eine autonome diabetische Neuropathie (zum Beispiel kardiale autonome  
253 Neuropathie, Magenentleerungsstörungen, Blasenentleerungsstörungen, sexuelle  
254 Funktionsstörungen) ist eine spezialisierte weiterführende Diagnostik und Therapie zu  
255 erwägen.

### 256 **1.4.3 ~~1.5.3~~ Das diabetische Fußsyndrom**

257 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, insbesondere mit peripherer  
258 Neuropathie und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK), sind durch die  
259 Entwicklung eines diabetischen Fußsyndroms mit einem erhöhten Amputationsrisiko  
260 gefährdet.

261 Anamnese und Untersuchung auf Neuropathie und pAVK sollen nach ~~5~~ **fünf** Jahren  
262 Diabetesdauer mindestens einmal jährlich erfolgen.

263 Patientinnen und Patienten sollen **regelmäßig** auf präventive Maßnahmen (zum Beispiel  
264 Selbstinspektion und ausreichende Pflege der Füße, **Inspektion der Schuhe auf Fremdkörper,**  
265 **fussdruckentlastendes Verhalten im Alltag**) hingewiesen werden. Insbesondere sollen sie

266 hinsichtlich des Tragens geeigneten Schuhwerks beraten werden. Patientinnen und Patienten  
 267 mit Sensibilitätsverlust bei Neuropathie (fehlendem Filamentempfinden) oder relevanter  
 268 pAVK sollten mit konfektionierten Diabetesschutzschuhen versorgt werden. Die Versorgung  
 269 des diabetischen Fußsyndroms sollte stadiengerecht orthopädietechnisch unter  
 270 Berücksichtigung der sekundären diabetogenen Fußschäden, Funktionseinschränkungen und  
 271 der Fußform erfolgen.

272 Bei Patientinnen und Patienten mit nicht sicher tastbaren Fußpulsen sollte der Knöchel-Arm-  
 273 Index bestimmt werden.

274 Anhand der folgenden Kriterien ist die künftige Frequenz der Fußinspektion, einschließlich  
 275 Kontrolle des Schuhwerks, festzulegen:

Keine sensible Neuropathie	Mindestens jährlich
sensible Neuropathie	Mindestens alle <del>6</del> sechs Monate
sensible Neuropathie und Zeichen einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit oder Risiken wie Fußdeformitäten (gegebenenfalls infolge Osteoarthropathie), Hyperkeratose mit Einblutung, Z. n. Ulkus, Z. n. Amputation	alle <del>3</del> drei Monate oder häufiger

276 Bei Patientinnen und Patienten mit Neuro- oder Angiopathie ohne Hautdefekt, bei denen eine  
 277 verletzungsfreie und effektive Hornhautabtragung oder Nagelpflege nicht selbst sichergestellt  
 278 werden kann, ist unter den Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung  
 279 einer podologischen Therapie angezeigt.

280 Bei Hinweisen auf ein diabetisches Fußsyndrom (mit Epithelläsion, Verdacht auf oder  
 281 manifester Weichteil- oder Knocheninfektion oder Verdacht auf Osteoarthropathie) gelten die  
 282 Überweisungsregeln nach Nummer 1.7&2. Nach abgeschlossener Behandlung einer Läsion im  
 283 Rahmen eines diabetischen Fußsyndroms ist die regelmäßige Vorstellung in einer für die  
 284 Behandlung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom qualifizierten  
 285 Einrichtung zu prüfen.

#### 286 **1.4.4 1.5.4 Makroangiopathische Erkrankungen**

287 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 haben insbesondere bei Vorliegen  
 288 einer Nephropathie ein deutlich erhöhtes Risiko bezüglich der kardio- und zerebrovaskulären  
 289 Morbidität und Mortalität. Zusätzlich zu einer guten Diabetes-Einstellung und einer  
 290 Empfehlung zur Raucherentwöhnung (siehe Nummer 1.3.6.1) sind die im Folgenden  
 291 angeführten Maßnahmen vorzunehmen.

##### 292 **1.4.4.1 1.5.4.1 Arterielle Hypertonie bei Diabetes mellitus Typ 1**

###### 293 **1.5.4.1.1 Definition und Diagnosestellung der Hypertonie**

294 ~~Wenn nicht bereits eine Hypertonie bekannt ist, kann die Diagnose gestellt werden, wenn bei~~  
 295 ~~mindestens zwei Gelegenheitsblutdruckmessungen an zwei unterschiedlichen Tagen~~  
 296 ~~Blutdruckwerte von  $\geq 140$  mmHg systolisch und/oder  $\geq 90$  mmHg diastolisch gemessen~~  
 297 ~~werden. Diese Definition bezieht sich auf manuelle auskultatorische Messungen, die durch~~  
 298 ~~eine Ärztin oder einen Arzt oder geschultes medizinisches Personal grundsätzlich in einer~~  
 299 ~~medizinischen Einrichtung durchgeführt werden, und gilt unabhängig von Alter oder~~  
 300 ~~vorliegenden Begleiterkrankungen. Die Blutdruckmessung ist methodisch standardisiert~~  
 301 ~~gemäß den internationalen Empfehlungen durchzuführen. Bei Unsicherheiten hinsichtlich der~~  
 302 ~~Diagnosestellung auf der Basis von in medizinischen Einrichtungen erhobenen~~  
 303 ~~Blutdruckwerten sollten diese durch Selbst bzw. Langzeitblutdruck Messungen ergänzt~~  
 304 ~~werden.~~

305 ~~1.5.4.1.2~~ ~~Therapeutische Maßnahmen bei Hypertonie~~

306 Wegen der Bedeutung der Koinzidenz der arteriellen Hypertonie mit Diabetes soll der  
307 Blutdruck vierteljährlich, mindestens jährlich, gemessen werden.

308 Patientinnen und Patienten mit Hypertonie können von Maßnahmen, die sich auf den  
309 Lebensstil auswirken, profitieren. Hierzu zählt zum Beispiel die Steigerung der körperlichen  
310 Aktivität. Auf diese Lebensstilinterventionen sollen Patientinnen und Patienten hingewiesen  
311 werden.

312 Durch die antihypertensive Therapie soll die Erreichung der unter Nummer 1.3.1 genannten  
313 Therapieziele angestrebt werden. Anzustreben ist in der Regel ~~eine Senkung des Blutdrucks~~  
314 ~~auf Werte systolisch ein Blutdruckwert mindestens von systolisch unter 140 mmHg und~~  
315 ~~diastolisch unter 90 mmHg von 130 mmHg bis 139 mmHg und diastolisch von 80 mmHg bis~~  
316 ~~89 mmHg~~. Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation der Patientin ~~bzw.~~ ~~beziehungsweise~~  
317 des Patienten (~~z. B. zum Beispiel~~ Alter, Begleiterkrankungen) können individuelle  
318 Abweichungen erforderlich sein. ~~Eine intensive Blutdrucksenkung mit Werten unter 130/80~~  
319 ~~mmHg sollte nur unter Abwägung möglicher Risiken, etwa aufgrund von Komorbiditäten und~~  
320 ~~möglichen Medikamentennebenwirkungen, in partizipativer Entscheidungsfindung mit der~~  
321 ~~Patientin oder dem Patienten in Betracht gezogen werden.~~

322 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und arterieller Hypertonie sollen  
323 Zugang zu einem strukturierten, evaluierten und publizierten Schulungs- und  
324 Behandlungsprogramm erhalten.

325 Als Medikamente der ersten Wahl zur Behandlung der Hypertonie sollen vorrangig folgende  
326 Wirkstoffgruppen zum Einsatz kommen:

327 – Angiotensin-Conversions-Enzym-Hemmer (ACE-Hemmer), bei ACE-Hemmer-  
328 Unverträglichkeit oder speziellen Indikationen ARB (AT1-Rezeptor-Antagonisten).

329 – Diuretika: Bei hinreichender Nierenfunktion sind Thiaziddiuretika den  
330 Schleifendiuretika vorzuziehen. Es gibt Hinweise, dass Chlortalidon dem  
331 Hydrochlorothiazid vorgezogen werden sollte.

332 ~~Beta-1-Rezeptor-selektive~~ ~~Betablocker~~ (~~bevorzugt Beta-1-Rezeptor selektive~~) kommen bei  
333 gleichzeitiger ~~manifeste~~ ~~Herzinsuffizienz~~ mit ~~reduzierter linksventrikulärer Ejektionsfraktion~~  
334 (~~HFrEF~~) in Frage. Patientinnen und Patienten nach Myokardinfarkt sollte für ein Jahr ein  
335 Betarezeptorenblocker empfohlen und dann die weitere Gabe ~~bzw.~~ ~~beziehungsweise~~ das  
336 Absetzen reevaluiert werden.

337 Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung Wirkstoffe aus anderen  
338 Wirkstoffgruppen verordnet werden sollen, ist die Patientin oder der Patient darüber zu  
339 informieren, ob für diese Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege zur Risikoreduktion klinischer  
340 Endpunkte vorliegen.

341 ~~1.4.4.2~~ ~~1.5.4.2~~ Statintherapie

342 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit einer ~~koronaren Herzkrankheit~~  
343 ~~manifesten vaskulären Erkrankung~~ (KHK, ~~cerebrovaskuläre Manifestation~~, pAVK) sollen mit  
344 einem Statin behandelt werden. In der Primärprävention sollte bei Patientinnen und  
345 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 mit einem ~~hohen kardiovaskulären stark erhöhten~~  
346 Risiko für ~~makroangiopathische Komplikationen~~ (zum Beispiel bei ~~diabetischer Nephropathie~~  
347 ~~Vorliegen einer Mikroalbuminurie~~) die Therapie mit einem Statin erwogen werden.

348 **1.4.4.3 1.5.4.3** Thrombozytenaggregationshemmer

349 Grundsätzlich sollen alle Patientinnen und Patienten mit makroangiopathischen  
350 Erkrankungen (zum Beispiel kardio- und zerebrovaskulären Erkrankungen)  
351 Thrombozytenaggregationshemmer erhalten.

352 **1.4.5 1.5.5 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung**

353 Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen  
354 Faktoren bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 ist durch die Ärztin oder  
355 den Arzt zu prüfen, inwieweit Patientinnen und Patienten von psychosomatischen und/oder  
356 psychotherapeutischen (zum Beispiel Verhaltenstherapie) und/oder psychiatrischen  
357 Maßnahmen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert  
358 (zum Beispiel Ess- oder Angststörungen) soll die Behandlung durch qualifizierte  
359 Leistungserbringer erfolgen. Auf Grund der häufigen und bedeutsamen Komorbidität vor  
360 allem bei Patientinnen und Patienten mit diabetischen Folgeerkrankungen soll die Depression  
361 besondere Berücksichtigung finden.

362 **1.4.6 1.5.6 Autoimmunerkrankungen**

363 Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Assoziation mit einer autoimmunen  
364 Schilddrüsenerkrankung und einer Zöliakie soll entsprechenden klinischen Hinweisen  
365 nachgegangen werden. Beim Vorliegen von entsprechenden Symptomen soll eine TSH-  
366 Bestimmung, bei Auffälligkeiten zusätzlich die Bestimmung von Schilddrüsenautoantikörpern  
367 erfolgen. Bei entsprechenden Symptomen sollen die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-  
368 IgA-Ak) bestimmt werden.

369 Des Weiteren soll auf die mögliche Entwicklung weiterer Autoimmunerkrankungen geachtet  
370 werden.

371 **1.4.7. Mund- und Zahngesundheit**

372 Vor dem Hintergrund eines potenziellen Zusammenhangs zwischen der Glukoseeinstellung  
373 und Parodontitis sollten Patientinnen und Patienten auf die regelmäßigen jährlichen  
374 zahnärztlichen Kontrollen hingewiesen werden.

375 **1.5 1.6 Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1**

376 Patientinnen mit geplanter oder bestehender Schwangerschaft bedürfen einer speziellen  
377 interdisziplinären Betreuung. Durch Optimierung der Glukosewerte vor und während der  
378 Schwangerschaft sowie eine Beratung zur frühzeitigen möglichst präkonzeptionellen  
379 Folsäuresubstitution, können die maternalen und fetalen Komplikationen deutlich reduziert  
380 werden. ~~Der Patientin~~ Den Patientinnen ist hierzu der Einsatz eines rtCGMs anzubieten.

381 Die Einstellung ist grundsätzlich als intensivierete Insulintherapie durchzuführen. Bei  
382 Schwangerschaft soll kein Wechsel der Insulinart erfolgen, solange die Therapieziele suffizient  
383 erreicht sind. Bei der Behandlung von Schwangeren sind spezifische Zielwerte der  
384 Glukoseeinstellung zu berücksichtigen.

385 Die Befunde der Ultraschalluntersuchungen zur fetalen Wachstumsentwicklung sollen bei der  
386 Stoffwechseleinstellung berücksichtigt werden. Hierzu ist ein enger Informationsaustausch  
387 mit der behandelnden Gynäkologin oder dem behandelnden Gynäkologen anzustreben.

388 **1.6 1.7 Behandlung von Kindern und Jugendlichen**

389 Die spezifischen Versorgungsbelange von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus  
390 Typ 1 bis zum Alter von 18 Jahren machen es erforderlich, dass einzelne Aspekte in den  
391 strukturierten Behandlungsprogrammen besondere Berücksichtigung finden.

392 Durch den koordinierenden Arzt oder die koordinierende Ärztin ist zu prüfen, ob eine  
393 Einbeziehung von Personensorgeberechtigten oder relevanten Betreuungspersonen  
394 erforderlich ist und je nach Alter und Einsichtsfähigkeit einer Einwilligung der Patientin oder

395 des Patienten oder der Personensorgeberechtigten bedarf. Auch insoweit gelten die  
396 allgemeinen gesetzlichen, berufsrechtlichen und datenschutzrechtlichen Regelungen zur  
397 Einwilligung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

#### 398 **1.6.1 ~~1.7.1~~ Therapieziele**

399 Folgende Ziele stehen bei der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit  
400 Diabetes mellitus im Vordergrund:

- 401 – Vermeidung akuter Stoffwechsellentgleisungen (Ketoazidose, diabetisches Koma,  
402 schwere Hypoglykämie),
- 403 – Reduktion der Häufigkeit diabetesbedingter Folgeerkrankungen, auch im  
404 subklinischen Stadium; dies setzt eine möglichst normnahe Glukoseeinstellung sowie  
405 die frühzeitige Erkennung und Behandlung von zusätzlichen Risikofaktoren (zum  
406 Beispiel Hypertonie, Dyslipidämie, Adipositas, Rauchen) voraus,
- 407 – altersentsprechende körperliche Entwicklung (Längenwachstum, Gewichtszunahme,  
408 Pubertätsbeginn), altersentsprechende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit,
- 409 – möglichst geringe Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung und der sozialen  
410 Integration der Kinder und Jugendlichen durch den Diabetes und seine Therapie; die  
411 Familie soll in den Behandlungsprozess einbezogen werden, Selbstständigkeit und  
412 Eigenverantwortung der Patientinnen und Patienten sind altersentsprechend zu  
413 stärken.

#### 414 **1.6.2 Überleitung**

415 Um die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Versorgungsabbrüche zu vermeiden, soll  
416 die Überleitung für Jugendliche in die Erwachsenenmedizin gemeinsam mit dem Patienten  
417 oder der Patientin sowie den nach Maßgabe der Nummer 1.6 einbezogenen  
418 Betreuungspersonen oder Personensorgeberechtigten geplant und strukturiert gestaltet  
419 werden.

#### 420 **1.6.3 ~~1.7.2~~ Insulinsubstitution und StoffwechselfbstkontrolleTherapie**

421 Die Insulinsubstitution in Form einer intensivierten Insulintherapie ist der  
422 Behandlungsstandard bei Diabetes mellitus Typ 1. Angesichts der Überlegenheit dieser  
423 Therapieform soll mit der intensivierten Therapie begonnen werden, sobald dieses für die  
424 Familie und die Kinder möglich ist. Die Durchführung einer intensivierten Insulintherapie  
425 mittels CSII kann vor allem bei sehr jungen Kindern oder bei Jugendlichen mit besonderen  
426 Problemen Vorteile haben. Die Insulintherapie soll individuell auf das jeweilige Kind oder den  
427 jeweiligen Jugendlichen zugeschnitten sein und regelmäßig überdacht werden, um eine  
428 möglichst gute Stoffwechselkontrolle bei gleichzeitiger Vermeidung von schweren  
429 Hypoglykämien sicherzustellen.

430 Die regelmäßige Glukoseselbstkontrolle sowie deren Erweiterung durch die rtCGM ist  
431 integraler Bestandteil der intensivierten Insulintherapie und dient der Korrektur bei  
432 Blutzuckerschwankungen und dem Gewährleisten der Therapiesicherheit.

433 Sofern die Patientin beziehungsweise der Patient ein rtCGM-Gerät nutzt, erlauben die  
434 Parameter Time In Range (TIR), Time Below Range (TBR) und Time Above Range (TAR) sowie  
435 die Visualisierung der Glukoseprofile eine schnelle Beurteilung der Güte der kurz- und  
436 mittelfristigen Glukosekontrolle und können bei der Therapiesteuerung berücksichtigt  
437 werden. Bei Anwendung von rtCGM müssen Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ  
438 1 beziehungsweise deren Betreuungspersonen zeitnah bereits im Zuge der Verordnung und  
439 vor der ersten Anwendung des rtCGM über die Schulungsinhalte zur intensivierten  
440 Insulintherapie (ICT und gegebenenfalls zur Insulinpumpe) hinausgehend, hinsichtlich der

441 sicheren Anwendung des Gerätes, insbesondere der Bedeutung der Blutglukose-  
442 Selbstmessung und der durch das Gerät zur Verfügung gestellten Trends unter  
443 Berücksichtigung des individuellen Bedarfs und eventuell vorhandener Vorkenntnisse  
444 geschult werden. Für Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 die eine rtCGM  
445 anwenden sind auch die Vorgaben in Nummer 4.2 zu beachten.

#### 446 **1.6.4 ~~1.7.3~~ Schulung**

447 Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus Typ 1 beziehungsweise deren  
448 Betreuungspersonen erhalten Zugang zu bereits durch das Bundesamt für Soziale Sicherung  
449 geprüften und im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen zur Anwendung  
450 kommenden Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die in geeigneten Abständen  
451 durchgeführt werden. Schulungen, die nach dem 31. Dezember 2019 in dieses DMP  
452 eingeführt werden, müssen zielgruppenspezifisch, strukturiert, evaluiert und publiziert sein.  
453 Sind strukturierte, zielgruppenspezifische, evaluierte und publizierte Schulungen verfügbar,  
454 sind diese bevorzugt anzubieten. Die Schulungen können als Gruppen- oder Einzelschulung  
455 erfolgen und sollen den jeweiligen individuellen Schulungsstand berücksichtigen.

456 Die krankheitsspezifische Beratung und Diabetesschulung in der Pädiatrie soll das Ziel  
457 verfolgen, das eigenverantwortliche Krankheitsmanagement der Kinder und Jugendlichen und  
458 in besonderem Maße auch die ihrer Betreuungspersonen zu fördern und zu entwickeln. Das  
459 Alter und der Entwicklungsstand des Kindes sind zu berücksichtigen.

#### 460 **1.6.5 ~~1.7.4~~ Psychosoziale Betreuung**

461 Das Angebot einer psychosozialen Beratung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen mit  
462 Diabetes mellitus Typ 1 soll integraler Bestandteil der Behandlung sein. Ihr ist in diesem  
463 Rahmen ausreichend Zeit einzuräumen. Hierzu kann auch die Beratung über die  
464 verschiedenen Möglichkeiten der Rehabilitation gehören. Die behandelnde Ärztin oder der  
465 behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Kinder und Jugendlichen einer weitergehenden  
466 Diagnostik oder Behandlung bedürfen. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit  
467 Krankheitswert (zum Beispiel Ess- oder Angststörungen) soll die Behandlung durch  
468 qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

#### 469 **1.6.6 ~~1.7.5~~ Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen**

470 Bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 soll nach fünf Jahren Diabetesdauer,  
471 frühestens ab dem ~~elften~~<sup>11.</sup> Lebensjahr, jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio ermittelt  
472 werden und in Abhängigkeit vom Risikoprofil alle ein oder zwei Jahre auf das Vorliegen einer  
473 diabetischen Retinopathie gemäß Nummer 1.5~~4~~.1.3 untersucht werden.

474 Der Blutdruck soll bei allen Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 mindestens  
475 ab einem Alter von elf Jahren mindestens jährlich gemessen werden. Für Kinder und  
476 Jugendliche sind altersentsprechende Referenzwerte zu berücksichtigen.

477 Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit einer Assoziation mit einer autoimmunen  
478 Schilddrüsenerkrankung und einer Zöliakie soll entsprechenden klinischen Hinweisen  
479 nachgegangen werden. Bei Diagnosestellung sowie im weiteren Verlauf sollen ein- bis  
480 zweijährlich der TSH-Wert und die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak) bestimmt  
481 werden. Beim Vorliegen von entsprechenden Symptomen soll eine TSH-Bestimmung, bei  
482 Auffälligkeiten zusätzlich die Bestimmung von Schilddrüsenautoantikörpern erfolgen. Bei  
483 entsprechenden Symptomen sollen die Transglutaminase-IgA-Antikörper (Tg-IgA-Ak)  
484 bestimmt werden.

485 Des Weiteren soll auf die mögliche Entwicklung weiterer Autoimmunerkrankungen geachtet  
486 werden.

487 **1.7 ~~1-8~~ Kooperation der Versorgungssektoren**

488 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 erfordert die  
489 Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte  
490 Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

491 **1.7.1 ~~1-8-1~~ Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

492 Für die Teilnahme an dem strukturierten Behandlungsprogramm wählt die Patientin oder der  
493 Patient zur Langzeitbetreuung und deren Dokumentation eine zugelassene oder ermächtigte  
494 Ärztin, einen zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder eine Einrichtung, die für die  
495 vertragsärztliche Versorgung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7  
496 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Dies müssen diabetologisch  
497 besonders qualifizierte Ärztinnen, Ärzte oder Einrichtungen sein.

498 In Einzelfällen kann die Koordination auch von Hausärztinnen oder Hausärzten im Rahmen  
499 ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben in enger Kooperation mit einer diabetologisch  
500 besonders qualifizierten Ärztin, einem diabetologisch besonders qualifizierten Arzt oder einer  
501 diabetologisch besonders qualifizierten Einrichtung wahrgenommen werden.

502 Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Koordination unter 16 Jahren grundsätzlich, unter  
503 21 Jahren fakultativ durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Pädiaterin, einen  
504 diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater oder eine diabetologisch besonders  
505 qualifizierte pädiatrische Einrichtung. In begründeten Einzelfällen kann die Koordination durch  
506 eine Ärztin, einen Arzt oder eine Einrichtung erfolgen, die in der Betreuung von Kindern und  
507 Jugendlichen diabetologisch besonders qualifiziert sind.

508 **1.7.2 ~~1-8-2~~ Überweisung von der koordinierenden Ärztin, vom koordinierenden Arzt  
509 oder von der koordinierenden Einrichtung zur jeweils qualifizierten  
510 Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten  
511 Einrichtung**

512 Bei Vorliegen folgender Indikationen muss die koordinierende Ärztin, Arzt oder Einrichtung  
513 eine Überweisung der Patientin oder des Patienten zu anderen Fachärztinnen, Fachärzten  
514 oder Einrichtungen veranlassen, soweit die eigene Qualifikation für die Behandlung der  
515 Patientin oder des Patienten nicht ausreicht:

516 – bei Fuß-Läsion mit oberflächlicher Wunde mit Ischämie und bei allen tiefen Ulcera (mit  
517 oder ohne Wundinfektion, mit oder ohne Ischämie) sowie bei Verdacht auf Charcot-  
518 Fuß in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung,

519 – zur augenärztlichen Untersuchung, insbesondere der Untersuchung der Netzhaut  
520 (vergleiche Nummer 1.45.1.3),

521 – bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft in eine in der Behandlung von  
522 Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1 erfahrene qualifizierte Einrichtung  
523 (vergleiche Nummer 1.56),

524 – zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie in eine mit dieser Therapie erfahrene  
525 diabetologisch qualifizierte Einrichtung,

526 – bei bekannter Hypertonie und bei Nichterreichen des Ziel-Blutdruck-Bereiches  
527 unterhalb systolisch 140 mmHg und diastolisch 90 mmHg innerhalb eines Zeitraums  
528 von höchstens sechs Monaten zur entsprechend qualifizierten Fachärztin, zum  
529 entsprechend qualifizierten Facharzt (zum Beispiel Nephrologie) oder zur  
530 entsprechend qualifizierten Einrichtung,

531 – bei einer Einschränkung der Nierenfunktion mit einer eGFR auf weniger als 30 ml/min  
532 oder bei deutlicher Progression einer Nierenfunktionsstörung (jährliche Abnahme der  
533 eGFR um mehr als 5 ml/min) zur nephrologisch qualifizierten Ärztin, zum  
534 nephrologisch qualifizierten Arzt oder zur nephrologisch qualifizierten Einrichtung.

535 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung zur Mitbehandlung erwogen  
536 werden:

537 – bei Vorliegen makroangiopathischer einschließlich kardialer Komplikationen zur  
538 jeweils qualifizierten Fachärztin, Facharzt oder Einrichtung,

539 – bei allen diabetischen Fuß-Läsionen in eine für die Behandlung des diabetischen  
540 Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung.

541 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine  
542 Überweisung.

543 Erfolgt in Einzelfällen die Koordination durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt im Rahmen  
544 ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben, ist ergänzend zu den oben aufgeführten  
545 Indikationen eine Überweisung auch bei folgenden Indikationen zur diabetologisch  
546 qualifizierten Fachärztin, zum diabetologisch qualifizierten Facharzt oder zur diabetologisch  
547 qualifizierten Einrichtung zu veranlassen. Dies gilt ebenso, wenn die Koordination im Falle von  
548 Kindern und Jugendlichen durch eine diabetologisch besonders qualifizierte Ärztin oder einen  
549 diabetologisch besonders qualifizierten Arzt ohne Anerkennung auf dem Gebiet der Kinder-  
550 und Jugendmedizin erfolgt. In diesem Fall ist bei den folgenden Indikationen eine  
551 Überweisung zur diabetologisch qualifizierten Pädiaterin, zum diabetologisch qualifizierten  
552 Pädiater oder zur diabetologisch qualifizierten pädiatrischen Einrichtung zu veranlassen:

553 – bei Manifestation,

554 – bei Neuauftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder  
555 Neuropathie,

556 – bei Vorliegen mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder  
557 Neuropathie mindestens einmal jährlich,

558 – zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie / Insulinpumpentherapie (CSII),

559 – bei Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel  $\leq 7,5\%$  ~~bzw.~~ **beziehungsweise**  
560 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach maximal  
561 sechs Monaten Behandlungsdauer,

562 – bei Auftreten von Hypoglykämien oder Ketoazidosen, insbesondere bei Abschluss der  
563 akut-medizinischen Versorgung infolge einer schweren Stoffwechseldekompensation.

564 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine  
565 Überweisung.

### 566 **1.7.3 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**

567 Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus bestehen  
568 insbesondere bei:

569 – Notfall (in jedes Krankenhaus),

570 – ketoazidotischer Erstmanifestation oder ambulant nicht rasch korrigierbarer Ketose in  
571 eine diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung,

572 – Abklärung nach schweren Hypoglykämien oder Ketoazidosen in eine diabetologisch  
573 qualifizierte stationäre Einrichtung,

574 – infiziertem diabetischen Fuß neuropathischer oder angiopathischer Genese oder  
575 akuter neuroosteopathischer Fußkomplikation,

- 576 – diabetischen Fußwunden, die trotz spezialisierter Therapie nicht ausheilen oder gar  
577 eine Verschlechterung zeigen, insbesondere wenn eine Fußentlastung ambulant nicht  
578 möglich oder erfolgreich ist, und bei Wunden, die Interventionen bedürfen (zum  
579 Beispiel parenterale Medikation, Gefäß- oder Knochenoperation),
- 580 – Nichterreichen des HbA1c-Zielwertes (in der Regel  $\leq 7,5\%$  bzw. beziehungsweise  
581 58 mmol/mol, sofern keine problematischen Hypoglykämien auftreten) nach in der  
582 Regel sechs Monaten (spätestens neun Monaten) Behandlungsdauer in einer  
583 ambulanten diabetologisch qualifizierten Einrichtung; vor einer Einweisung in  
584 diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtungen ist zu prüfen, ob die Patientin  
585 oder der Patient von einer stationären Behandlung profitieren kann,
- 586 – Kindern und Jugendlichen mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 1  
587 beziehungsweise bei schwerwiegenden Behandlungsproblemen (zum Beispiel  
588 ungeklärten Hypoglykämien oder Ketoazidosen) in pädiatrisch diabetologisch  
589 qualifizierte stationäre Einrichtungen,
- 590 – gegebenenfalls zur Einleitung einer intensivierten Insulintherapie in eine  
591 diabetologisch qualifizierte stationäre Einrichtung, die zur Durchführung von  
592 strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen (entsprechend Nummer 4.2)  
593 qualifiziert ist,
- 594 – gegebenenfalls zur Durchführung eines strukturierten Schulungs- und  
595 Behandlungsprogramms (entsprechend Nummer 4.2) von Patientinnen und Patienten  
596 mit Diabetes mellitus Typ 1 im stationären Bereich,
- 597 – gegebenenfalls zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie (CSII),
- 598 – gegebenenfalls zur Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen des Diabetes  
599 mellitus Typ 1.

600 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine  
601 Einweisung.

#### 602 **1.7.4 1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung**

603 Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ~~ist~~ soll die Ärztin oder der Arzt  
604 insbesondere bei Vorliegen von Komplikationen oder Begleiterkrankungen mit der Patientin  
605 oder dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient mit Diabetes mellitus Typ 1  
606 von einer ~~medizinische Rehabilitationsleistung~~ Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann  
607 angezeigt ist. Eine Leistung zur Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die  
608 Erwerbsfähigkeit, die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Patientin oder  
609 des Patienten am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen ~~zu vermeiden~~. Sie verfolgt das Ziel,  
610 die durch den Diabetes mellitus Typ 1 und seine oder Begleit- und oder Folgeerkrankungen  
611 drohende oder bereits bestehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe zu  
612 vermeiden, zu vermindern oder ihnen entgegenzuwirken.

613 Insbesondere soll die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederhergestellt und eine Behinderung  
614 oder Pflegebedürftigkeit abgewendet, beseitigt oder vermindert werden. Bei Kindern und  
615 Jugendlichen soll die durch die chronische Erkrankung beeinträchtigte Gesundheit gebessert  
616 oder wiederhergestellt und zudem die spätere Erwerbsfähigkeit gefördert werden. Eine  
617 Leistung zur medizinischen Rehabilitation ist angezeigt, wenn über die kurative Versorgung  
618 hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation  
619 erforderlich ist.

620

621 **2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

622 Die Ausführungen zu § 2 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

623 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren individuell vereinbarter HbA1c-Wert erreicht wird, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
2	Niedriger Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 %	Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem HbA1c-Wert größer als 8,5 % (69 mmol/mol), bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
3	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Vermeidung schwerer hypoglykämischer Stoffwechsellentgleisungen	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit schweren Hypoglykämien in den letzten zwölf Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
4	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Vermeidung notfallmäßiger stationärer Behandlungen wegen Diabetes mellitus Typ 1	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit stationärer notfallmäßiger Behandlung wegen Diabetes mellitus in den letzten 6 Monaten, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Blutdruck < 140/90 mmHg bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Blutdruckwerten kleiner gleich 139 systolisch und kleiner gleich 89 mmHg diastolisch bei bekannter Hypertonie, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie
6	Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, deren Injektionsstellen untersucht wurden	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, deren Injektionsstellen mindestens halbjährlich untersucht wurden, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7	Hoher Anteil geschulter Teilnehmerinnen und Teilnehmer	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Diabetes, die an einer empfohlenen Diabetes-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern

		Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit Hypertonie, die an einer empfohlenen Hypertonie-Schulung im Rahmen des DMP teilgenommen haben, bezogen auf alle bei DMP-Einschreibung noch ungeschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern
8	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer jährlichen Überprüfung der Nierenfunktion	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit jährlicher Bestimmung der eGFR, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre
9	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Thrombozytenaggregationshemmern bei Makroangiopathie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die einen Thrombozytenaggregationshemmer erhalten, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit AVK, KHK, <a href="#">Herzinfarkt</a> oder Schlaganfall, bei denen keine Kontraindikation oder orale Antikoagulation besteht
10	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne diabetische Nephropathie mit jährlicher Ermittlung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen jährlich die Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin ermittelt wird, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab dem <del>11.</del> <a href="#">elften</a> Lebensjahr ohne bereits manifeste diabetische Nephropathie
11	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen mindestens einmal jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mindestens einmal jährlich eine komplette Untersuchung des Fußstatus erhalten haben, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab 18 Jahre

624 **3 Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

625 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Patientin oder der  
626 Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung  
627 profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

628 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

629 [Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser](#)  
630 [Richtlinie geregelt.](#)

631 Die Ausführungen zu § 3 dieser Richtlinie gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass die  
632 Teilnahmeerklärung für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre  
633 gesetzlichen Vertreter abgegeben wird.

634 **3.2. Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

635 Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 können in das strukturierte  
636 Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn – zusätzlich zu den in Nummer 3.1

637 genannten Voraussetzungen – eine Insulintherapie gemäß Nummer 1.3.4 eingeleitet wurde  
638 oder durchgeführt wird.

639 Für Versicherte, die auf Basis der bis zum [Einsetzen: Tag vor Inkrafttreten nach II.] geltenden  
640 Einschreibediagnostik vor Ablauf der Anpassungsfrist nach § 137g Absatz 2 SGB V  
641 eingeschrieben wurden, ist keine erneute Durchführung der Einschreibediagnostik  
642 erforderlich. Die Teilnahme wird fortgesetzt.

#### 643 **4 Schulungen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

##### 644 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

645 Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

##### 646 **4.2 Schulungen der Versicherten**

647 Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.

##### 648 **4.2.1 Allgemeine Anforderungen**

649 ~~Die Ausführungen zu § 4 dieser Richtlinie gelten entsprechend.~~ Patientinnen und Patienten  
650 mit Diabetes mellitus Typ 1 profitieren in besonderem Maße von einer eigenständig  
651 durchgeführten Insulintherapie, einschließlich einer eigenständigen Anpassung der  
652 Insulindosis auf der Basis einer Stoffwechselfbstkontrolle. Die dazu notwendigen Kenntnisse  
653 und Fertigkeiten sowie Strategien zum Selbstmanagement werden im Rahmen eines  
654 strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms vermittelt. Vor diesem Hintergrund ist  
655 die Bereitstellung solcher Schulungs- und Behandlungsprogramme unverzichtbarer  
656 Bestandteil des strukturierten Behandlungsprogramms. Aufgabe der behandelnden Ärztin  
657 oder des behandelnden Arztes ist es, die Patientinnen und Patienten über den besonderen  
658 Nutzen des strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms zu informieren und ihnen  
659 die Teilnahme nahe zu legen. Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und  
660 deren Betreuungspersonen müssen unter Berücksichtigung des individuellen  
661 Schulungsstandes Zugang zu strukturierten, bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes  
662 mellitus Typ 1 evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und  
663 Behandlungsprogrammen erhalten. Deren Wirksamkeit muss im Hinblick auf die  
664 Verbesserung der Stoffwechsellage belegt sein. Die Schulung von Patientinnen und Patienten  
665 mit Diabetes mellitus Typ 1 soll in einer qualifizierten Einrichtung erfolgen.

##### 666 **4.2.2 Anforderungen für Patientinnen und Patienten mit rtCGM**

667 Bei Patientinnen oder Patienten mit rtCGM, die die festgelegten individuellen Therapieziele  
668 zur Stoffwechseleinstellung unter Anwendung des rtCGM trotz Anleitung zur sicheren  
669 Anwendung des Gerätes und unter Beachtung der jeweiligen Lebenssituation nicht erreichen,  
670 ist zu prüfen, ob das Therapieziel im Rahmen der ärztlichen Verordnungs- und  
671 Behandlungsmaßnahmen zu modifizieren ist, Anpassungen der rtCGM Anwendung  
672 vorgenommen werden müssen oder ob die Patientin ~~oder~~ der Patient zu Verbesserung  
673 der eigenständig durchgeführten Insulintherapie von einer Schulung nach Nummer 4.2.1  
674 profitiert.

#### 675 **5 Evaluation (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

676 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Ziffer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind mindestens  
677 folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- 678 a. Tod,
- 679 b. Herzinfarkt,
- 680 c. Schlaganfall,
- 681 d. Amputation,
- 682 e. Erblindung,

- 683 f. Nierenersatztherapie,
- 684 g. Diabetische Nephropathie,
- 685 h. Neuropathie,
- 686 i. auffälliger Fußstatus,
- 687 j. KHK,
- 688 k. pAVK,
- 689 l. Diabetische Retinopathie,
- 690 m. Raucherquote allgemein,
- 691 n. Raucherquote im Kollektiv der Raucher,
- 692 o. Blutdruck bei Patienten mit Hypertonie,
- 693 p. HbA1c-Werte,
- 694 q. Schulungen (differenziert nach Diabetes- und Hypertonie-Schulungen).
- 695

Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
<b>Anamnese- und Befunddaten</b>		
1	HbA1c-Wert	Wert in % / mmol/mol
1a	Nur bei Diabetes mellitus Typ 1: Pathologische Albumin-Kreatinin-Ratio	Ja / Nein / Nicht untersucht
2	(weggefallen)	(weggefallen)
2a	eGFR	ml/min/1,73m <sup>2</sup> KOF / Nicht bestimmt
3	Fußstatus <sup>1</sup>	1. Pulsstatus <sup>6</sup> : unauffällig / auffällig / nicht untersucht 2. Sensibilitätsprüfung <sup>6</sup> : unauffällig / auffällig / nicht untersucht 3. weiteres Risiko für <del>Ulcer</del> Ulkus: Fußdeformität / Hyperkeratose mit Einblutung / Z. n. Ulkus / Z. n. Amputation / ja / nein / nicht untersucht 4. Ulkus: oberflächlich / tief /nein / nicht untersucht 5. (Wund)Infektion: ja / nein / nicht untersucht
3a	Injektionsstellen (bei Insulintherapie)	Unauffällig / Auffällig / Nicht untersucht
3b	Intervall für künftige Fußinspektionen (bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr)	Jährlich / alle <del>6</del> sechs Monate / alle <del>3</del> drei Monate oder häufiger
4	Spätfolgen	Diabetische Nephropathie / Diabetische Neuropathie / Diabetische Retinopathie
<b>Relevante Ereignisse</b>		
5	Relevante Ereignisse <sup>2</sup>	Nierenersatztherapie / Erblindung / Amputation / Herzinfarkt / Schlaganfall / Keine der genannten Ereignisse
6	Schwere Hypoglykämien seit der letzten Dokumentation <sup>3</sup>	Anzahl
7	(weggefallen)	(weggefallen)
8	Stationäre notfallmäßige Behandlung wegen Diabetes mellitus seit der letzten Dokumentation <sup>3</sup>	Anzahl

<b>Medikamente</b>		
9	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Insulin oder Insulin-Analoga	Ja / Nein
10	(weggefallen)	(weggefallen)
11	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Metformin	Ja / Nein / Kontraindikation
12	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: Sonstige antidiabetische Medikation <sup>4</sup>	Ja/ Nein
12a	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: SGLT2-Inhibitor	Ja/ Nein/ Kontraindikation
12b	Nur bei Diabetes mellitus Typ 2: GLP-1-Rezeptoragonist	Ja / Nein / Kontraindikation
13	Thrombozytenaggregationshemmer	Ja / Nein / Kontraindikation / orale Antikoagulation
14	(weggefallen)	(weggefallen)
15	(weggefallen)	(weggefallen)
16	(weggefallen)	(weggefallen)
17	(weggefallen)	(weggefallen)
<b>Schulung</b>		
18	Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Diabetes-Schulung / Hypertonie- Schulung / Keine
18a	Schulung schon vor Einschreibung ins DMP bereits wahrgenommen <sup>5</sup>	Diabetes-Schulung / Hypertonie- Schulung / Keine
19	Empfohlene Schulung(en) wahrgenommen	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich/Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen
<b>Behandlungsplanung</b>		
20	HbA1c-Zielwert	Zielwert erreicht / Zielwert noch nicht erreicht
21	Ophthalmologische Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation	Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
22	Behandlung/Mitbehandlung in einer für das Diabetische Fußsyndrom qualifizierten Einrichtung	Ja / Nein / Veranlasst
23	<del>diabetesbezogene stationäre Einweisung</del> (weggefallen)	<del>Ja / Nein / Veranlasst</del> (weggefallen)

- 697 <sup>1</sup> Angabe des schwerer betroffenen Fußes.
- 698 <sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Bei der erstmaligen Dokumentation sind bereits stattgehabte Ereignisse zu  
699 dokumentieren, bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen sind neu aufgetretene Ereignisse zu  
700 dokumentieren.
- 701 <sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind erst bei der zweiten und allen folgenden  
702 Dokumentationen zu machen.
- 703 <sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: In der Ausfüllanleitung soll auf die nachrangige Medikation gemäß  
704 Richtlinien-Text hingewiesen werden.
- 705 <sup>5</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angaben sind nur bei der ersten Dokumentation zu machen. Die Angabe  
706 „Diabetes-Schulung oder Hypertonie-Schulung“ soll erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Einschreibung von  
707 einem hinreichenden Schulungsstand auszugehen ist.
- 708 <sup>6</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern unveränderliche auffällige Befunde bekannt sind, ist keine erneute  
709 Untersuchung notwendig. Diese Befunde sind in den folgenden Dokumentationen weiterhin als auffällig zu  
710 dokumentieren. Die Angabe „nicht untersucht“ soll nur erfolgen, wenn der Status nicht bekannt ist, weil  
711 keine Untersuchung stattgefunden hat.  
712

Adipositas - Erwachsene - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
<b>Therapeutische Maßnahmen</b>		
1a	Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und körperlichem Training <sup>1</sup>	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
1b	Ziele zur regelmäßigen körperlichen Alltagsaktivität und körperlichem Training seit der letzten Dokumentation <sup>2</sup>	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
2	Regelmäßige körperliche Alltagsaktivität	Ja / Nein
3	Regelmäßiges körperliches Training	Ja / Nein
4a	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung <sup>1</sup>	Ziele vereinbart / Keine Ziele vereinbart
4b	Ziele zur Ernährungsumstellung oder zur Aufrechterhaltung der Ernährungsänderung seit der letzten Dokumentation <sup>2</sup>	Ziele vereinbart oder überprüft / Keine Ziele vereinbart oder überprüft
5	Adäquat geändertes Ernährungsverhalten	Ja / Nein
6	Prädiabetes bei Einschreibung <sup>4,3</sup>	Ja / Nein
<b>Schulung</b>		
7	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer multimodalen Adipositas-Schulung teilgenommen <sup>1</sup>	Ja / Nein
8	Adipositas-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9	Adipositas-Schulung wahrgenommen <sup>2</sup>	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen <sup>2</sup>
Relevante Ereignisse seit der letzten Dokumentation		
10	Manifester Diabetes mellitus Typ 2 <sup>4</sup>	Ja / Nein
11	Beendigung der DMP-Teilnahme <sup>5</sup>	Ja / Nein

- 714 <sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.
- 715 <sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden Dokumentationen  
716 (Folgedokumentation) zu machen.
- 717 <sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Der Prädiabetes wird wie folgt definiert: HbA1c 5,7 % bis kleiner 6,5 %, bei  
718 Patientinnen und Patienten ohne Diabetestherapie. Die Angabe, die im Rahmen einer Erstdokumentation  
719 erfolgt, wird als Antwortausprägung für alle weiteren Folgedokumentationen unveränderbar übernommen.  
720 Kann im Rahmen der Folgedokumentation keine Angabe aus der Erstdokumentation übernommen werden,  
721 wird das Feld mit „Nein“ unveränderbar vorgelegt.
- 722 <sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten Dokumentation und allen folgenden  
723 Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen und nur, wenn in Feld 6 (Prädiabetes) bei der  
724 Erstdokumentation die Angabe „Ja“ vorhanden ist gemacht wurde. Wenn in diesem Feld 10 erstmalig „Ja“  
725 angegeben wird, muss diese die Antwortausprägung für alle weiteren Folgedokumentationen  
726 unveränderbar übernommen werden.
- 727 <sup>5</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Sofern hier „Ja“ angegeben wird, erfolgt eine Beendigung der DMP-  
728 Teilnahme durch die Krankenkasse.
- 729