DMP Praxisinformation – Änderungen zum 1. Oktober 2026

Aktualisierung DMP Diabetes mellitus Typ 1

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 aktualisiert. Die Neuregelungen sind zum 1. Oktober 2025 in Kraft getreten und müssen ab 1. Oktober 2026 in den Praxen umgesetzt werden. **Für bereits eingeschriebene Versicherte ist keine erneute Einschreibediagnostik erforderlich – die Teilnahme wird fortgesetzt.** Die wesentlichen Änderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

Was ist neu?

1 Diagnostik – neue Einschreibekriterien

Die Anforderungen für die Erstdiagnose wurden angepasst. Bereits eingeschriebene Versicherte müssen nicht erneut diagnostiziert werden – die Teilnahme läuft weiter.

- Alternativ zu erhöhten Nüchtern-Glukose-Werten gilt nun auch ein HbA1c-Wert ≥ 6,5 % (48 mmol/mol) als Kriterium.
- Zur Unterscheidung zwischen DM1 und DM2 kann bei Unsicherheiten zusätzlich das C-Peptid bestimmt werden.

Neu: HbA1c und C-Peptid als Kriterien

Keine erneute Einschreibediagnostik erforderlich

2 Behandlung – Stoffwechselselbstkontrolle und rtCGM

Im Kontext der kontinuierlichen Glukosemessung (Real-Time Continuous Glucose Monitoring, rtCGM) wurden folgende Parameter aufgenommen, die eine schnelle und gute Beurteilung der kurz- und mittelfristigen Glukosekontrolle und die Therapiesteuerung ermöglichen:

- Time In Range (TIR)
- Time Below Range (TBR)
- Time Above Range (TAR)
- Visualisierung der Glukoseprofile

Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.3.4

Hilfreiche Parameter zur Therapiesteuerung

rtCGM-Daten gezielt nutzen

Hypoglykämierisiko im Alltag

Neu in den Aufklärungsinhalten: Patientinnen und Patienten soll darauf hingewiesen werden, dass körperliche Belastungen und verschiedene Aktivitäten zu unterschiedlichen Reaktionen des Blutzuckerspiegels führen können. Bewegung und sportliche Aktivität wirken sich positiv auf die allgemeine Gesundheit und den Glukosestoffwechsel aus – regelmäßige körperliche Aktivität soll gefördert werden.

Bewegung und Sport positiv für Glukose-stoffwechsel

Stoffwechselentgleisungen

Nach einer schweren Hypoglykämie oder Ketoazidose sind folgende Schritte empfohlen:

- Zeitnahe Klärung der Ursachen
- Bei Bedarf: Therapie- oder Therapieziel-Anpassung
- Indikation zu rtCGM prüfen

Wiederholungs-risiko senken

3 Begleit- und Folgeerkrankungen

Diabetisches Fußsyndrom
Die Information der Patientinnen und Patienten über präventive Maßnahmen soll nun regelmäßig erfolgen. Ergänzt wurde die Empfehlung, die Schuhe auf Fremdkörper zu inspizieren. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.4.3

Prävention stärken

Arterielle Hypertonie
Der Blutdruck sollte alle drei Monate gemessen werden. Der Zielwert wurde auf < 140/90 mmHg festgelegt. Eine intensive Blutdrucksenkung unter 130/80 mmHg ist nur nach Abwägung möglicher Risiken – etwa aufgrund von Komorbiditäten und Medikamentennebenwirkungen – in partizipativer Entscheidungsfindung in Betracht zu ziehen. Intensivere Beratung der Patientinnen und Patienten ist vorgesehen. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.4.4.1 und 1.4.4.2

Messung alle 3 Monate, Zielwert: < 140/90 mmHg

Therapie mit Statinen
Die Indikation wurde erweitert: Statine gelten nun generell bei manifester vaskulärer Erkrankung – also nicht mehr nur bei Koronarer Herzkrankheit (KHK), sondern auch bei zerebrovaskulärer Manifestation und peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK). In der Primärprävention kann ein Statin bei hohem kardiovaskulärem Risiko, etwa bei Vorliegen einer Mikroalbuminurie, erwogen werden. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.4.7

Breiterer Einsatz von Statinen

Mund- und Zahngesundheit (neu)
Neu aufgenommen: Da ein potenzieller Zusammenhang zwischen der Glukoseeinstellung und Parodontitis besteht, sollen Patientinnen und Patienten auf die jährliche zahnärztliche Kontrolle hingewiesen werden.

Neu: jährliche zahnärztliche Kontrolle

4 Kinder und Jugendliche

Sorgeberechtigte und Betreuungspersonen
Neu ist der Hinweis, dass geprüft werden soll, ob Sorgeberechtigte oder relevante Betreuungspersonen einbezogen werden müssen und ob – je nach Alter und Einsichtsfähigkeit – die Einwilligung der Patientin/des Patienten oder der Personensorgeberechtigten erforderlich ist. Allgemeine gesetzliche, berufsrechtliche und datenschutzrechtliche Regelungen sind zu beachten. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.6

Relevante Betreuungs-personen einbeziehen

Überleitung in die Erwachsenenmedizin (Transition)
Die Kontinuität der Versorgung soll sichergestellt und Versorgungsabbrüche vermieden werden. Die Planung und Strukturierung des Übergangs soll gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten erfolgen. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.6.2

Gut gemeinsam planen

Insulinsubstitution und Stoffwechselselbstkontrolle
Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern und Jugendlichen die regelmäßige Glukoseselbstkontrolle sowie deren Erweiterung durch rtCGM integraler Bestandteil der intensivierten Insulintherapie. Die unter Abschnitt 2 genannten Parameter (TIR, TBR, TAR) sind auch hier zur Therapiesteuerung heranzuziehen. Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.6.3

Erweiterung durch rtCGM Standard

5 Schulung bei rtCGM-Nutzung

Vor der ersten Anwendung eines rtCGM-Geräts ist zeitnah eine spezifische Schulung notwendig, die über die Inhalte zur intensivierten Insulintherapie hinausgeht.

- Sichere Anwendung des Geräts
- Bedeutung der Blutglukose-Selbstmessung
- Interpretation der Trends unter Berücksichtigung des individuellen Bedarfs

Schulung vor erster rtCGM-Nutzungessenziell

Wichtige Schulungsinhalte

6 Rehabilitation

Die Rehabilitationsziele wurden aktualisiert und neu aufgenommen:

- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vermeiden, vermindern oder ihnen entgegenwirken
- Erhaltung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie Abwendung, Beseitigung oder Verminderung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit.
  Vgl. DMP-A-RL, Anlage 7, 1.7.4

Ziele erweitert und präzisiert

Ergänzende Hinweise:

Änderung der Dokumentation: PVS-Update zum 4. Quartal

Aus Gründen der Datensparsamkeit wurde das Dokumentationsfeld (23. Diabetesbezogene stationäre Einweisung) gestrichen. Die Dokumentationssoftware wird zum 1. Oktober 2026 dahingehend angepasst. Das bedeutet für Praxen:

- Konsultationen von Patientinnen und Patienten, die ab dem 4. Quartal 2026 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.

PVS-Update für Q4/2026

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:

- ✘ Thrombozytenaggregationshemmer (TAH) indikationsspezifisch verordnen
- ✘ jährliche Bestimmung der Nierenfunktion (eGFR) ab 18 Jahren
- ✘ jährliche Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin überprüfen ab 11 Jahren
- ✘ Injektionsstellen überprüfen
- ✘ Hoher Anteil geschulter Patientinnen und Patienten (Diabetesschulung jemals wahrgenommen

Zielerreichung 2026: Dokumentationen für 4/2026 um fehlende Angaben prüfen!

Tipp: Bitte überprüfen Sie die für das Jahr 2026 erfolgten Untersuchungen und nehmen die entsprechende Erfassung spätestens mit der Dokumentation im 4. Quartal vor.

Ihre praxisindividuellen Ergebnisse finden Sie in den halbjährlichen Feedbackberichten im KVNO-Portal unter dem Register „DMP“.

Praxis-Feedbackberichte im KVNO-Portal

Übersicht Dokumentation-Kontrolluntersuchungen im DMP Diabetes mellitus Typ

Die folgenden Intervallangaben beziehen sich ausschließlich auf Mindestwerte für die Dokumentation und Qualitätszielerreichung.

Untersuchung	Erwachsene	Kinder und Jugendliche	Dokumentation / Ergebnis / Hinweise
Anamnese, körperlicher Befund, Gewicht, Größe Mindestens jährliche Blutdruckmessung bei unbekannter Hypertonie	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	Verlaufskontrolle dokumentieren
HbA1c-Bestimmung	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	- HbA1c-Wert in % und/oder mmol/mol - Verlaufsbeurteilung dokumentieren
Nierenfunktion (ACR) Albumin-Kreatinin-Ratio und (eGFR) geschätzte glomeruläre Filtrationsrate	**mindestens jährlich**	**mindestens jährlich** ACR ab 11. Lebensjahr	Erfassung: ACR: Ja / Nein / Nicht untersucht eGFR: ml/min/1,73m² KOF / Nicht bestimmt
Fußinspektion (Sensibilität, Durchblutung, Hautstatus, Schuh-Kontrolle)	**mindestens jährlich**	**mindestens jährlich** ab 11. Lebensjahr	Jährliche Fußinspektion dokumentieren
Überprüfung der Injektionsstellen	**mindestens jährlich**	**mindestens jährlich**	Injektionsstellen geprüft: Unauffällig / Auffällig / Nicht untersucht
Überprüfung des Schulungsbedarfs (jemals oder bei akutem Bedarf– Motivation und ggf. Überweisung an schulende Ärztinnen und Ärzte)	**je Dokumentation bzw. Ereignis**	**je Dokumentation bzw. Ereignis**	18. Schulung empfohlen 18a Schulung vor Einschreibung ins DMP 19 Empfohlene Schulung wahrgenommen
Erreichung des individuell vereinbarten HbA1c-Zielwertes seit letzter Dokumentation	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	**je Dokumentation** (gem. Intervall 3- oder mindestens 6 Monate)	HbA1c-Zielwert Angabe: Zielwert erreicht / Zielwert noch nicht erreicht
Augenärztliche Untersuchung (Augenhintergrund, Ausschluss Retinopathie)	**mindestens jährlich oder alle 2 Jahre** (nach Risikoprofi)l	**mindestens jährlich oder alle 2 Jahre** (nach Risikoprofi) ab 11. Lebensjahr	Netzhautuntersuchung seit der letzten Dokumentation: Durchgeführt / Nicht durchgeführt / Veranlasst
Hinweis auf zahnärztliche Kontrolle	**mindestens jährlich**	**mindestens jährlich**	Keine Erfassung in der DMP-Dokumentation

Übermittlungsfristen beachten

Um Honorarverlust und die Ausschreibung von Patientinnen und Patienten zu vermeiden, halten Sie bitte die folgenden Fristen und Vorgaben dringend ein.

	Teilnahme- und Einwilligungserklärungen (TE/EWE)	Erst- und Folgedokumentationen (ED/FD)
Checkliste zur Vermeidung von Fehlern	✓ Aktuell gültige TE/EWE (70F) ✓ berechtigte LANR/BSNR erfasst ✓ Keine handschriftlichen Patientendaten (Tipp: TE/EWE direkt aus dem PVS ausdrucken) ✓ Original von Ärztin/Arzt und Patientin/Patient unterschrieben	✓ berechtigte LANR/BSNR erfasst ✓ Plausiprüfung vorab in PVS durchgeführt ✓ Nach ggf. erforderlichen Korrekturen an die Datenstelle übermitteln ✓ Abgleich mit dem Eingangsbericht der Datenstelle
Übermittlung an die DMP-Datenstelle	Exemplar per Post an die DMP-Datenstelle SPS	Elektronisch via KIM (bevorzugt) oder E-Mail . Bei fehlendem PVS-Modul: manuelle Eingabe im Portal der Datenstelle.
Frist	10 Tage nach Befunderhebung	Spätestens 10 Tage nach Erstellung der Dokumentation

Damit die DMP-Dokumentationen eines Quartals vergütet werden, müssen diese bis zum Ende des letzten Quartalsmonats vollständig und plausibel bei der DMP-Datenstelle SPS vorliegen. DMP-Praxen sollten frühzeitig und als Teillieferungen elektronisch übermitteln – nur für vollständig vorliegende Dokumentationen ist die Vergütung gesichert.

Eingangsbestätigung der Datenstelle (monatliche Arztinformation)

Die Datenstelle SPS übersendet monatlich per Post einen Kontoauszug über die plausibel eingegangenen Dokumentationen. Grundlage ist der bis zum 5. Tag eines Monats eingegangene Datenbestand. Die alleinige Versandbestätigung sichert nicht, dass die Daten vollständig vorliegen

Weitere Informationen

- Alle Informationen zu den DMP-Verträgen, die Ausfüllanleitung für Dokumentationen sowie detaillierte Vergütungsübersichten finden Sie auf unserer Homepage unter https://www.kvno.de/praxis/recht-vertraege/vertraege.
- Den Beschlusstext und die tragenden Gründe finden Sie auf der Internetseite des G-BA unter DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 7 (DMP Diabetes mellitus Typ 1), der Anlage 8 (Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 – Dokumentation) und der Anlage 24 - Gemeinsamer Bundesausschuss.

Bei Fragen zu übersandten Dokumentationen steht Ihnen die DMP-Datenstelle Nordrhein SPS zur Verfügung (Arzthotline: 0951 3093973).