

**Vorlage zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme zum  
Beschlusssentwurf über eine Änderung der DMP-  
Anforderungen-Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der  
Anlage 1, der Anlage 2 (DMP Diabetes mellitus Typ 2) und  
der Anlage 8 (DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 –  
Dokumentation) gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a sowie  
§137f Absatz 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V**

Datum	[05.04.2022]
Stellungnahme von	PD Dr. med. T. Kapellen für die AGDP, PD Dr. med. Susann Weihrauch-Blüher für die AGA, Susanne Bechtold-Dalla Pozza für die DGKED, DGKJ

*Bitte übermitteln Sie dem G-BA Ihre Stellungnahme unter Nutzung dieser Vorlage im Word-Format sowie die angegebene Literatur im Volltext und ggf. weitere Anhänge ausschließlich per E-Mail.*

*Bitte verwenden Sie zur Auflistung der zitierten Literatur eine nummerierte Referenzliste und behalten Sie diese Nummerierung bei der Benennung der Dateien bei.*

Vielen Dank!

## Stellungnahme zu allgemeinen Aspekten

### Allgemeine Anmerkung

Der Beschlussentwurf zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 enthält in der vorgelegten Version keine Anmerkungen zu Kindern und Jugendlichen mit Typ 2 Diabetes.

Diese Patientengruppe ist zwar klein (1), aber Bedarf durch die voraussichtlich lange Krankheitsdauer besonderem Augenmerk und muss daher auch explizit benannt werden.

Weiterhin gibt es a) eine steigende Anzahl an jugendlichen Patient\*innen mit gestörter Glukosetoleranz, bei denen es innerhalb der nächsten Jahre möglicherweise zur Manifestation eines T2DM kommt und b) ist aktuell von einer hohen Dunkelziffer an jugendlichen Patient\*innen mit bereits manifestem Typ 2 Diabetes in Deutschland auszugehen, sodass es zukünftig einen erhöhten Betreuungsbedarf für diese Patientengruppe geben wird (2).

## Stellungnahme zu spezifischen Aspekten

Konkrete Zuordnung: z.B. Paragraph bzw. Nummer	Stellungnahme mit Begründung sowie Änderungsvorschläge <i>(Falls Literaturstellen zitiert werden, bitte diese eindeutig benennen und im Anhang im Volltext beigefügt.)</i>
1.2. Diagnostik	<p>Stellungnahme mit Begründung: Diabetesantikörper ist aus unserer Sicht kein medizinisch anerkannter Begriff.</p> <p>Änderungsvorschlag: Diabetesautoantikörper, oder besser Inselzellautoantikörper</p>
1.3.1 Therapieziele	<p>Stellungnahme mit Begründung: Gerade Kinder und Jugendliche haben laut Leitlinie (1) neben den genannten Therapiezielen folgende zusätzliche Ziele: Normale körperliche Entwicklung und altersentsprechende Leistungsfähigkeit. Normale Teilhabe in Schule und Beruf (wobei das sicher auch ein Ziel für Erwachsene mit Typ 2 Diabetes sein sollte)</p> <p>Änderungsvorschlag: Für Kinder und Jugendliche gelten folgende zusätzliche Therapieziele: Normale körperliche Entwicklung und altersentsprechende Leistungsfähigkeit. Normale Teilhabe in Schule und Beruf</p>
1.4.2. Körperliche Aktivität	<p>Für Jugendliche (12-18 Jahre) gelten die Empfehlungen der aktuellen S3-LL zur Therapie und Prävention von Adipositas. Es soll eine tägliche Bewegungszeit von 90 min und mehr mit moderater bis intensiver Intensität erreicht werden. 60 min davon können durch Alltagsaktivitäten, z.B. mindestens 12000 Schritte/Tag absolviert werden (3).</p>
1.5. Medikamentöse Therapie des Glukosestoffwechsels	<p>Für Kinder und Jugendliche sind nicht alle Antidiabetika in klinischen Studien untersucht und zugelassen.</p> <p>Änderungsvorschlag: Bei der medikamentösen Therapie des Typ 2 Diabetes im Kindes- und Jugendalter ist die eingeschränkte Zulassung von Arzneimitteln zu beachten.</p>

	<p>Primärtherapie Metformin</p> <p>Bei Metforminunverträglichkeit oder wenn das individuelle Therapieziel nach 3-6 Monaten nicht erreicht wird Monotherapie/Kombination mit Liraglutide ( 4 ).</p> <p>Sollte eine weitere Therapieeskalation notwendig sein, so muss Insulin eingesetzt werden.</p>
1.7.1 arterielle Hypertonie	<p>Für Kinder und Jugendliche bis zum 16. LJ gelten andere Grenzwerte ( 5)</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Für Kinder und Jugendliche unter 16 Jahre sollten zur Diagnostik der Hypertonie altersentsprechende Perzentilen verwendet werden. Ein Gelegenheitsblutdruck &gt;95. Perzentile gilt als hyperten.</p>
1.9. Kooperation und Versorgungssektoren	<p>Gerade für Kinder und Jugendliche ist aus unserer Sicht eine Betreuung durch einen diabetologisch qualifizierten Kinder und Jugendarzt zu empfehlen um die speziellen entwicklungspezifischen Aspekte adäquat in Therapie und Betreuung integrieren zu können (1).</p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Kinder und Jugendliche sollten unter 16 Jahren grundsätzlich und während der Transition fakultativ von einem diabetologisch besonders qualifizierten Pädiater betreut werden.</p>

(Bitte fügen Sie weitere Zeilen an, falls dies notwendig sein sollte.)

### Literaturverzeichnis

- 1.) S3-Leitlinie der DDG und AGPD, Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter AWMF-Registernummer 057-016
- 2.) Rosenbauer J, Neu A, Rothe U, Seufert J, Holl RW.J : Types of diabetes are not limited to age groups: type 1 diabetes in adults and type 2 diabetes in children and adolescents. J Health Monit. 2019; 27;4(2):29-49. doi: 10.25646/5987. PMID: 35146246
- 3.) S3-Leitlinie der AGA, DAG und DGKJ: Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter AWMF-Nr. 050-002 (August 2019)
- 4.) American Diabetes Association. Children and adolescents. Standards of medical care in Diabetes Diabetes Care 2021;44 (Suppl 1):180-199
- 5.) Lurbe E1, Agabiti-Rosei E, Cruickshank JK, Dominiczak A, Erdine S, Hirth A, et al. 2016 European Society of Hypertension guidelines for the management of high blood pressure in children and adolescents. J Hypertens. 2016;34:1887-920