

Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG Albrechtstr. 9 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Qualitätssicherung und
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

-nachrichtlich auch an BMG und KBV-

Berlin, 2025-02-18

Ergänzende Kommentierung zum
**Beschlussentwurf über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):
Ergänzung § 8, Anlage 1a (digitales DMP Diabetes mellitus Typ 2) und Anlage 7a (digitales DMP
Diabetes mellitus Typ 1)**

Die Kommentierung des Entwurfes zum digitalen DMP durch die Fachgesellschaft (Deutsche Diabetes Gesellschaft) und den Berufsverband (BVND) ist nach den übermittelten Kriterien und den formellen Vorgaben erfolgt. Es erscheint uns jedoch wichtig und notwendig, noch weitergehende Gedanken zu dieser Stellungnahme zu formulieren:

Das DMP zum Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 seit seiner Einführung 2002 ist hoch akzeptiert und zeigt eine breite Einschreibungsquote. In den beiden Indikationen werden circa 4,7 Millionen Versicherte innerhalb der Strukturen des DMPs versorgt. Somit hat insbesondere die ambulante Versorgung des Diabetes sowohl in der hausärztlichen Versorgung als auch in der diabetologischen Schwerpunktversorgung eine wichtige, versorgungsrelevante Bedeutung, im Typ 1 Diabetes exklusiv die diabetologische Schwerpunktpraxis.

Neben der Etablierung der versorgungsrelevanten Strukturen der diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP) haben sich aus dem DMP auch die Mortalitäten und Folgeerkrankungen für die Patienten deutlich verbessert (Stock et al. 2010, Fuchs et al 2014). Zusätzlich ließ sich in der Langzeitbetrachtung (10-Jahres-Zeitraum) eine relative Reduktion der Amputationen (-58 %), Dialysepflichtigkeit (-36 %) und Erblindungen (-64 %) (Hagen et al 2020) erreichen.

Gleichwohl bedarf der Versorgungsprozess des DMP nach so vielen Jahren einer grundlegenden Überarbeitung. Eine patientenzentrierte und sektorenübergreifende Versorgung wird von den bisherigen Strukturen nicht gewährleistet:

Beispiele:

- Der Datentransfer erfolgt allein vom koordinierenden Arzt zur DMP Datenstelle. Es besteht für eine patientenzentrierte, qualitätsgarantierende Behandlung keine Grundlage für den

notwendigen Datenfluss zwischen den Behandlern, ob nun koordinierender Hausarzt zur Diabetologischen Schwerpunktpraxis (=Versorgungsebene 2) oder zu den Krankenhäusern (= Versorgungsebene 3).

- Die rückwirkende Ausschreibung von Patienten mit einhergehender Honorarrückforderung bei erfolgter Leistungserbringung ist ein grundlegender Konstruktionsfehler der DMP und bedroht seit Jahren die Wirtschaftlichkeit der Praxen. Fatal ist dies auch, weil die Brüche der Einschreibung nur selten auf Seiten der Leistungserbringer liegen, meist jedoch in den nicht modernisierten Prozessen und analogen Strukturen.
- Die Versorgungsebene 3 (Krankenhäuser) sind formal in den DMP Prozess integriert und entsprechen den definierten, hohen Anforderungen an die diabetesspezifische Strukturqualität von Kliniken. Diese hat jedoch keinerlei versorgungspraktische Konsequenzen, da die Kliniken weder eine Finanzierung für Ihre Leistungen bzw. vorgehaltenen Strukturen im Rahmen des DMP erhalten. Die qualifizierte Mitbehandlung von Krankenhauspatienten mit der Nebendiagnose Diabetes ist aber eine dringende Versorgungsnotwendigkeit, die bislang millionenfach nicht erfüllt wird.

Digitales DMP im Kontext der aktuellen gesundheitspolitischen Situation

Zu den größten Herausforderungen im Gesundheitssystem gehören derzeit der Fachkräftemangel bei gleichzeitig steigender Zahl von Patienten mit komplexen Erkrankungen mit hohem Betreuungsaufwand. Die spezifischen Anforderungen der Diabetologie konnten dabei zuletzt in den Reformvorhaben im ambulanten Sektor (GVSG: notwendige Quartalshonorierung Chroniker) und stationären Bereich (KHVVG: Fachfremde Leistungsgruppendefinition sowie Nichtabbildung einer qualitativ hochwertigen personellen und technisch-digitalen Infrastruktur) leider nicht oder nur mit Mühe adressiert werden. Die Zukunft der Diabetologie in Deutschland ist angesichts dessen als akut gefährdet anzusehen.

Hier könnte eine konsequente Weiterentwicklung der DMP eine wichtige Weichenstellung und Lösung für viele Millionen chronisch kranker Menschen bedeuten!

In diesem Zusammenhang sehen wir eine konsequente Digitalisierung der DMP-Prozesse als sich anbietende Chance zur Lösung zahlreicher Herausforderungen. Gerade die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sind dabei ideal geeignet, um eine nahtlose, sektorenübergreifende und patientenzentrierte Chronikerversorgung exemplarisch zu entwickeln und den Mehrwert der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung zu demonstrieren.

Insbesondere für die derzeit schon erfolgte digitalisierte Versorgung von Menschen mit Diabetes mellitus durch einerseits Nutzung von Diabetes Technologien als auch dem Vorliegen digitaler Datenstrukturen ist ein digitales DMP geradezu zwingend.

Der aktuelle Entwurf des dDMP wird dem Anspruch an den Transformationsprozess zu einer digitalen Versorgungsstruktur nicht gerecht.

Patienten sollen, so alle Empfehlungen und Forderungen, aktiver in den Behandlungsprozess integriert sein und ihr Selbstmanagement unterstützt werden. Dies erfolgt in den Schwerpunktpraxen durch regelmäßige Verlaufskontrollen sowie krankheitsspezifische oder fragestellungsspezifische Schulungen. Jedoch geht es nicht allein um Wissensvermittlung, sondern um Kompetenzaufbau. Diese Kompetenzvermittlung findet auch und vor allem in den

Sprechstunden und Diabetesberatungsgesprächen statt. Diese Zeit muss als **sprechende** Zeit und nicht als dokumentierende Zeit zur Verfügung stehen.

Wir möchten daher folgende Forderungen in den Prozess einbringen:

Verbindliche Schnittstellendefinition:

Die derzeit noch stattfindenden Doppeldokumentationen im Rahmen der Versorgung von Patienten im DMP müssen im digitalen Prozess beendet werden. Nur so kann ein Datenfluss zwischen allen Behandlern im System auch sektorenübergreifend erfolgen! Daher ist es notwendig, dass granulare Daten aus dem IT-System der Leistungserbringung über verbindlich definierte Schnittstellen in und aus den verschiedenen Systemen, insbesondere in die ePA, überführt werden können. Auch ist es abzulehnen, dass Daten, die im PVS bereits kodiert sind oder dauerhaft als Befund bestehen bleiben, wie die Diagnosen von Hypertonie, pAVK oder PNP, dennoch jedes Quartal händisch neu gesetzt werden müssen.

Dass bestehende PVS-Systeme die spezifischen Anforderungen des Diabetes mellitus im Sinne eines Managementsystems erfüllen können, ist fraglich. Insofern ist durch die Definition der Schnittstellen auch die Verwendung von dedizierten Diabetesmanagementsystemen mit Reduktion von Dokumentationszeiten als auch Verhinderung von Mehrfacheingaben möglich.

Digitale Einschreibung ins DMP und Verhinderung / Abschaffung rückwirkender Ausschreibung

Weiterhin muss im digitalen Prozess auch die Grundlage dafür geschaffen werden, dass im Prozess analoge Schritte abgeschafft werden. So muss eine digitale Einschreibung in das DMP möglich sein. Die rückwirkende Ausschreibung durch den elektronisch eindeutig identifizierbaren Teilnahmestatus kann somit verhindert werden.

Aus unserer Sicht muss auch das aktuelle Prozedere zur rückwirkenden Ausschreibung geändert werden. Eine sich zeitnah anbietende Lösung wäre hier die Aktualisierung des RSAV Handbuchs. Hier sollte definiert werden, dass das DMP erst mit Ablauf des Quartals endet, in dem die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind und nicht wie jetzt: siehe Punkt 5.5 „d) mit dem Tag der letzten Dokumentation (Dokumentationsdatum), wenn die Teilnahme des Versicherten an dem Programm nach § 28d Abs. 2 Nr. 2 RSAV endet.“ (Seite 36 RSA Prüfhandbuch)

Digitale Angebote

Digitale bzw. per Video erbrachte Leistungen wie ärztliche Beratung, Beratung durch Diabetesberaterinnen, erweiterte Erreichbarkeit (außerhalb der Praxisöffnungszeiten, an Wochenenden, bei Notfällen), Einzel- und Gruppenschulungen müssen zukünftig Bestandteil der DMP-Verträge mit einer adäquaten Vergütung sein. Hierbei können überregionale Netzwerke und Verbände unter Einbeziehung von qualifizierten Kliniken die ambulant-digitale Versorgung abbilden.

Überregionale Vertragsentwicklung

Die Überführung von DMP-Richtlinien in den Versorgungsalltag ist durch die Vielzahl der Krankenkassen als auch die Anzahl der KV-Regionen schwierig. Daher sei eine überregionale Vertragsentwicklung, die regionale Besonderheiten dann im Detail regeln, angeregt.

Patientensteuerung im Sinne des Patienten related Outcomes

Liegen die Daten im Prozess digital vor, können diese also intersektoral und interprofessionell genutzt werden, werden dann auch die Patienten in die geeignete Versorgungsebene gesteuert (DSP, Augenarzt, Fußambulanz, diabetesqualifizierte stationäre Einrichtung) und somit können Unter- und Fehlversorgung bzw. Notfallanspruchnahme in nicht qualifizierten Einrichtungen vermieden werden. Für diese Patientensteuerung in die entsprechende qualifizierte Behandlungsebene müssen alle im Kontext nötigen Informationen und Vorbefunde digital vorliegen. Mit adäquater Vergütung der notwendigen Strukturqualität ambulant wie stationär können die Patienten in die für sie bestgeeignete Versorgungsebene im Sinne eines echten Disease Management gelenkt werden.

Damit begründet sich auch die klare Rationale für einen bundesweit einheitlichen leitlinien- und qualitätsgestützten Steuerungsprozess, in dem die bestgeeignete Versorgungsebene ambulant wie stationär gefunden und dann für ihre spezifische Versorgungsqualität auch adäquat abgebildet wird. Es ist uns wichtig zu betonen, dass es im Prozess einer digitalen Ausrichtung des Systems keine analogen Strukturen geben darf, die disruptive Momente sind. Weiterhin ist die Dokumentation mit technischen Mitteln zu vereinfachen und unnötige manuelle Bearbeitungsschritte zu vermeiden.

Kernforderungen aus Sicht der Diabetologie:

1. Die für das DMP notwendigen Daten müssen zukünftig strukturiert aus der jeweiligen Primärquelle des Leistungserbringers (PVS, KIS) gezogen und über die ePA allen an der Behandlung beteiligten jederzeit zugänglich sein.
2. Die Telematik-Infrastruktur soll im digitalen DMP konsequent und zum Vorteil von Patienten und Behandlern genutzt werden. Insbesondere der TI-Messenger kann hierbei eine Echtzeit-Kommunikation zwischen Ärzten, Patienten und Krankenkasse ermöglichen. Damit könnte beispielsweise auch das Problem der verspäteten Mitteilung von Ausschreibungen weitgehend behoben werden.
3. Um das grundlegende Problem der rückwirkenden Ausschreibung von Patienten mit einhergehender Honorarrückforderung bei erfolgter Leistungserbringung vollständig aus der Welt zu schaffen, sind darüber hinaus rechtliche Anpassungen nötig.
4. Kernbestandteile eines digitalen DMP sind insbesondere digitale bzw. per Video erbrachte Leistungen wie ärztliche Videosprechstunde, Video-Beratung durch Diabetesberaterinnen, erweiterte Erreichbarkeit, Einzel- und Gruppenschulungen per Video. Diese müssen zukünftig Bestandteil der DMP-Verträge mit einer adäquaten Vergütung sein.
5. Im Sinne einer nahtlosen sektorenübergreifenden Versorgung müssen zukünftig Diabetespatienten auch während eines stationären Aufenthalts qualifiziert diabetologisch versorgt werden. Ca. 3 Mio. Krankenhausfälle werden jährlich mit der Nebendiagnose Diabetes verzeichnet, wobei die jeweilige Hauptbehandlung keine qualifizierte diabetologische Mitbehandlung, etwa durch diabetologische Konsile bzw. Telekonsile beinhaltet. Dies gilt es dringend zu ändern und die bestehenden digitalen Möglichkeiten zu nutzen. Die konsiliarische bzw. telekonsiliarische Mitbehandlung kann durch diabetologisches Fachpersonal aus dem ambulanten oder stationären Bereich erfolgen.
6. Die notwendige Strukturqualität in den am DMP teilnehmenden Leistungserbringer muss wie bisher klar definiert, aber zukünftig auch adäquat finanziert werden. So muss insbesondere diabetesspezifisches Fachpersonal (Diabetesberaterinnen, Psychodiabetologie)

und die zunehmend digitalisierte medizintechnische Ausstattung in Praxen und Klinik als Bestandteil der DMP-Strukturqualität explizit vergütet werden.

7. Die Patientenzentrierung und Personalisierung der Versorgung muss durch die Integration von DiGAs, z.B. mit intermittierender CGM-Nutzung, sowie die Erhebung von PROMs unterstützt werden. Damit sollten die bestehenden Patientenschulungen wirksam ergänzt werden.
8. Die vertraglichen Regelungen sollen zukünftig auch überregional vereinheitlicht werden. Bisher bestehen bundesweit rund 100 DMP-Verträge mit entsprechendem Verwaltungsaufwand. Zukünftig sollte daher idealerweise, zumindest für das digitale DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2, nur noch ein bundesweiter, sektorenübergreifender Vertrag geschlossen werden.

Literatur

Fuchs et al 2014: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/160841/Disease-Management-Programme-fuer-Diabetes-mellitus-Typ-2-in-Deutschland>

Hagen et al 2020: <https://doi.org/10.1515/pubhef-2021-0102>

RSA Prüfhandbuch:

[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/PDK2/RSA_Pruefhandbuch - DMP AJ 2017.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Krankenversicherung/PDK2/RSA_Pruefhandbuch_-_DMP_AJ_2017.pdf)