

Digitales DMP Diabetes (dDMP)

Impuls für eine zukunftsfähige & transsektorale Diabetesversorgung

Rationale für ein neues dDMP

Ausgangslage: Diabetes mellitus betrifft rund 9,4 Millionen Menschen in Deutschland und ist eine der kosten- und ressourcenintensivsten chronischen Erkrankungen. Das bestehende Disease-Management-Programm (DMP) hat Strukturen geschaffen, ist aber durch analoge Prozesse, sektorale Brüche und fehlende Datennutzung nicht mehr geeignet, die Versorgung unter den Bedingungen von Fachkräftemangel, demografischem Wandel und steigender Morbidität zu sichern.

Ohne klare gesetzliche Abtrennung vom analogen DMP scheitert das digitale DMP

Das digitale DMP (dDMP) darf kein digitales Add-on des bestehenden analogen DMP sein. Eine solche Konstruktion schafft Bürokratie, Doppelstrukturen und provoziert Akzeptanzprobleme.

Politischer Handlungsauftrag:

Das dDMP muss als eigenständige, rechtlich unabhängige Versorgungsform gesetzlich verankert werden. Digitale Prozesse müssen analoge vollständig ersetzen. Nur so entstehen echte Anreize zur digitalen Weiterentwicklung und spürbaren Entlastung für Leistungserbringende.

Bundeseinheitlichkeit ist zwingend, denn föderaler Flickenteppich verhindert Digitalisierung

Die heutige Fragmentierung in unzählige regionale DMP-Verträge blockiert Transparenz, Interoperabilität und Skalierung. Sie erzeugt Rechtsunsicherheit, Datenverluste und unnötigen Verwaltungsaufwand.

Politischer Handlungsauftrag:

Es braucht einen bundeseinheitlichen Vertrags- und Datenrahmen für das dDMP mit verpflichtender digitaler Einschreibung und eindeutig elektronisch prüfbarem Teilnahmestatus. Digitalisierung in der Versorgung ist nur mit national einheitlichen verbindlichen Standards umsetzbar.

**Wertvolle Daten
sind vorhanden,
doch ohne Struktur
bleiben sie
wirkungslos.**

In der Diabetesversorgung entstehen täglich große und wertvolle Datenmengen. Ohne strukturierte Datensätze, intelligente Auswertung und sektorenübergreifende Bewertung bleiben diese ungenutzt.

Politischer Handlungsauftrag:

- Verbindliche Einführung des MIO-Diabetes als strukturierter Stammdatensatz in der ePA
- Gesetzliche Anerkennung und Finanzierung dedizierter DMP Managementsysteme
- Verpflichtende Einbindung der Krankenhäuser in das dDMP zur Vermeidung transsektoraler Versorgungsbrüche
- Zulassung und Integration KI-gestützter Entscheidungsunterstützungssysteme

Schlussfolgerung

Das dDMP ist keine optionale Digitalmaßnahme, sondern eine strukturelle Voraussetzung für die Zukunftsfähigkeit der Diabetesversorgung.

Ohne klare gesetzliche Leitplanken droht die Digitalisierung bestehende Ineffizienzen zu verstetigen. Mit einer konsequenten politischen Weichenstellung kann das dDMP hingegen Bürokratie abbauen, Ressourcen schonen und die Versorgungsqualität für die große Population der Patientinnen und Patienten mit Diabetes verbessern.

Fassung für Schnell-Lesende

Impulse und konkrete Gesetzes und Verordnungsvorschläge

Ausgangslage: Das Digitalgesetz (§ 137f SGB V) schafft erstmals die Grundlage für ein digitales DMP (dDMP). Aktuelle Umsetzungsansätze drohen jedoch, analoge Strukturen lediglich zu digitalisieren.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) identifiziert **sieben zentrale Gestaltungsimpulse**, um das dDMP als digitales datenbasiertes Steuerungsinstrument der Präzisionsmedizin zu etablieren.

1. Eigenständiges dDMP statt digitales Add-on

Das dDMP muss rechtlich und operativ vom analogen DMP entkoppelt werden. Doppelstrukturen und doppelte Einschreibungen erzeugen Bürokratie ohne Versorgungsnutzen. Digitale Einschreibung muss analoge Einschreibung vollständig ersetzen.

2. Ein Land – ein dDMP-Standard

Rund 3.000 regionale DMP-Verträge erzeugen Intransparenz, Datenverluste und Innovationshemmnisse. Das dDMP braucht bundeseinheitliche Verträge, Datenstandards und eine digitale Einschreibung mit Echtzeit-Statusprüfung über die Telematik Infrastruktur (TI).

3. Upgrade für Praxis- und Klinik-IT: Dedizierte DMP-Managementsysteme

Praxisverwaltungssysteme sind Abrechnungsinstrumente, keine Steuerungssysteme. Es braucht gesetzlich definierte, finanzierte „dedizierte DMP-Managementsysteme“, die Daten aus CGM, Pumpen, DiGA und ePA automatisiert zusammenführen und auswerten.

4. KI als Assistenz – Zeitgewinn und Patientensicherheit

Die tägliche Datenmenge macht manuelle Auswertung unmöglich. Zertifizierte Algorithmen und klinische Entscheidungsunterstützung (CDSS) müssen fester Bestandteil des dDMP, vergütet und regulatorisch klar geregelt werden.

5. MIO Diabetes als Daten-Fundament

Ohne strukturierte, maschinenlesbare Daten bleibt die ePA ein Datengrab. Das MIO Diabetes muss verbindlich umgesetzt werden – interoperabel, standardisiert und algorithmusfähig.

6. Krankenhaus als aktiver dDMP-Partner

Jährlich sind ca. 3 Mio. stationäre Fälle von Diabetes betroffen. Das dDMP muss ambulante und stationäre Versorgung digital verbinden, inklusive verpflichtendem Datenaustausch über die ePA.

7. Patientenzentrierung statt starre Raster

Das dDMP muss PROMs, individuelle Therapieziele und flexible Kontaktintervalle ermöglichen. Stabile Patienten brauchen weniger Präsenztermine – Hochrisikopatienten eine engmaschige, datengetriggerte Betreuung.

Politische Schlussfolgerung

- » Das dDMP ist keine optionale Digitalmaßnahme, sondern eine strukturelle Voraussetzung für die Sicherung der Diabetesversorgung.
- » Ohne klare gesetzliche Leitplanken droht die Digitalisierung bestehende Mängel zu verstärken.
- » Jetzt ist der Zeitpunkt, das dDMP als transsektorales Steuerungsinstrument der Präzisionsmedizin zu verankern.

Konkrete Gesetzes- und Verordnungsvorschläge – Details siehe Anlage 1 und 2

1. Eigenständigkeit des dDMP

Neu aufzunehmen in § 137f SGB V: „Das digitale Disease-Management-Programm ist eine eigenständige Versorgungsform. Die Teilnahme am digitalen DMP ersetzt die Teilnahme an analogen Disease-Management-Programmen für dieselbe Indikation.“

Ziel: Abschaffung von Doppelstrukturen und Bürokratie

2. Bundeseinheitliche Verträge & digitale Einschreibung

Ergänzung § 137f Abs. 4 SGB V: „Für digitale Disease-Management-Programme sind bundeseinheitliche Vertrags- und Datenstandards verbindlich festzulegen. Regionale Abweichungen sind ausschließlich in Anlagen zulässig.“

Neu: „Der Teilnahmestatus eines Versicherten am DMP ist jederzeit elektronisch über die Telematikinfrastuktur eindeutig verifizierbar.“

3. Neue Strukturkomponente: Dedizierte DMP-Managementsysteme

Neu in § 72 oder § 139 SGB V: „Dedizierte DMP-Managementsysteme sind strukturelevante digitale Versorgungskomponenten. Ihre Finanzierung ist sicherzustellen.“

Pflichtfunktionen:

- automatisierte Datenaggregation
- Plausibilitäts- und Risikoanalyse
- strukturierte ePA-Berichte

4. Rechtsverordnung für KI & Interoperabilität

Nutzung der Ermächtigung nach § 370b SGB V durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Inhalte der RVO:

- technische Mindeststandards (FHIR, APIs)
- Zertifizierung & Vergütung von CDSS/KI
- Datenschutz- und Sicherheitsanforderungen
- sektorübergreifende Plug-&-Play-Fähigkeit

5. MIO Diabetes verpflichtend

Präzisierung § 355 Abs. 4b SGB V: „Medizinische Informationsobjekte sind maschinenlesbar, interoperabel und für automatisierte Auswertung geeignet zu definieren.“

Pflichtinhalt MIO Diabetes: Therapieziele, CGM-/Pumpen-Reports, Laborwerte, Risikofaktoren

6. Sektorenübergreifende Verpflichtung

Ergänzung §§ 137f, 140a SGB V: „Krankenhäuser sind verpflichtet, im Rahmen des dDMP strukturierte Behandlungsdaten in die elektronische Patientenakte einzustellen und relevante ambulante Daten zu nutzen.“

7. PROMs & flexible Steuerung

Neu in DMP-Richtlinie des Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): „Patient-Reported Outcome Measures sind als Qualitäts- und Steuerungsparameter zu berücksichtigen. Digitale Erhebungsinstrumente sind zulässig.“

Abschließende Empfehlung

Die sieben Impulse definieren eine Mindestarchitektur für ein wirksames dDMP. Ihre gesetzliche Verankerung schafft: Patientenzentrierte Versorgung, Entlastung für Leistungserbringer, höhere Patientensicherheit, Investitionssicherheit für Industrie, messbare Qualitätsgewinne für das Gesundheitssystem.

Ausführliche Fassung

Impulse zur Patientenzentrierten, transektoralen Versorgung des Diabetes im digitalen DMP **Problem und Ziel und Lösungsvorschläge**

Das seit 20 Jahren etablierte Disease-Management-Programm (DMP) hat die Versorgung strukturiert und Qualität gesichert. Zugleich zeigen sich klare Grenzen: sektorale Brüche, heterogene Versorgungslandschaften, analoge Prozesse und fehlende Datentransparenz erschweren eine wirksame, datenbasierte Steuerung. Mit dem im Digitalgesetz (§ 137f SGB V) verankerten dDMP eröffnet sich die Möglichkeit, das Instrument grundlegend weiterzuentwickeln – von einem dokumentationsgetriebenen Programm hin zu einem digital gestützten Steuerungsansatz der Präzisionsmedizin. Damit das dDMP sein Potenzial entfalten kann, hat die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) **sieben Gestaltungsimpulse für ein modernes digitales Steuerungsinstrument entwickelt** – mit dem Ziel, das Gesundheitssystem zu entlasten und die Versorgung von Menschen mit Diabetes nachhaltig zu verbessern.

1. Eigenständiges dDMP – Entkopplung vom analogen DMP

Anforderung: Das dDMP muss als eigenständige, rechtlich unabhängige Versorgungsform etabliert werden. Es darf gesetzlich und regulatorisch nicht als bloßes „Zusatzmodul“ oder „Add-on“ zum bestehenden analogen DMP konzipiert sein.

Status quo & Problem: Der aktuelle Entwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das dDMP als ergänzendes Modul an das analoge DMP zu koppeln, reproduziert analoge Strukturen im digitalen Raum.

Die Folge:

- » **Doppelte Einschreibungen:** Redundante Dokumentationspflicht (im Basis DMP und digitalen Modul) erzeugt zusätzlichen Bürokratieaufwand in Zeiten des Fachkräftemangels bei null Zusatznutzen für die Versorgung.
- » **Blockierende Zusatzprozesse:** Digitale Prozesse, die zusätzlich zu analogen Papierprozessen aufgesetzt werden, anstatt diese zu ersetzen, schaffen keinen Umstellungsanreiz und hemmen die Akzeptanz. Der administrative Mehraufwand hemmt die Digitalisierung.

Gesetzliche Weichenstellung:

- » Redundanz beseitigen: Die digitale Einschreibung im dDMP ersetzt die analoge Teilnahme vollständig („Entweder-Oder-Prinzip“).
- » Umsetzungsbremse aufheben: Doppelstrukturen sind zu vermeiden, um echte Prozessentlastung zu schaffen.

Ziel:

Ein echtes digitales, sektorenübergreifendes Diabetes-DMP, das die strukturellen Mängel des bisherigen DMP beseitigt, die Versorgungsqualität nachhaltig verbessert und die Zukunft der Diabetesversorgung für Millionen betroffene Menschen mit Diabetes sichert.

2. Ein Land, ein Standard – Schluss mit Flickenteppich und Intransparenz

Anforderung: Schaffung eines bundeseinheitlichen Vertrags für das dDMP, der für alle Krankenkassen und Leistungserbringer verbindlich ist, historisch gewachsene regionale Einzelverträge ablöst und die verpflichtende digitale Einschreibung und einen Echtzeit-Status-Check über die Telematikinfrastruktur (TI) sicherstellt.

Status quo & Problem:

- » Fragmentierte Verträge: Rund 3.000 DMP-Verträge führen zu Datenverlust, Doppeleinschreibung und Verunsicherung (34 % der Ärzte melden Einschreibungsprobleme; 75 % Doppeleinschreibungen, 72 % verlorene Daten). Ohne eine Vereinheitlichung wird das dDMP an der Komplexität der föderalen Strukturen scheitern.
- » Innovationsbremse: Softwarehersteller müssen Lösungen für 17 KV-Regionen und hunderte Verträge anpassen, flächendeckende Digitalisierung wird somit verhindert.
- » Ungleiche Versorgung: Patienten haben je nach Bundesland unterschiedliche Rechte auf Schulungen und Intervalle.

Notwendige gesetzliche Weichenstellung:

- » **Einheitlicher Rechtsrahmen:** Gesetzliche Festlegung bundeseinheitlicher Verträge und Datenstandards
- » **Regionale Besonderheiten:** werden in Anlagen (z.B. spezifische Versorgungsnetzwerke) definiert, ohne den Kernprozess und die Datenstandards zu fragmentieren.

Ohne diese Vereinheitlichung wird das dDMP an der Komplexität der föderalen Strukturen scheitern.

- » **Medienbruchfreie Einschreibung:** Digitale Einschreibung per eGK/Tablet ist der Standard, der Einschreibestatus ist in der TI sofort sichtbar (jederzeit eindeutig verifizierbarer Teilnahmestatus)

Es muss gesetzlich vorgeschrieben werden, dass der DMP-Teilnahmestatus eines Patienten (analog und digital) jederzeit elektronisch eindeutig identifizierbar ist. Dies schafft Rechtssicherheit für Ärzte und eliminiert den manuellen Prüfaufwand bei Krankenkassen und Datenstellen.

3. Upgrade für die Praxis-IT – dediziert steuern statt nur verwalten

Anforderung: Einführung und Finanzierung der **neuen Software-Kategorie „Dedizierte DMP-Managementsysteme“** (DiMA . digitale Medizinanwendung) als verpflichtender Bestandteil der dDMP.

Status quo & Problem:

- » **PVS als Abrechnungsmaschinen:** Praxisverwaltungssysteme (PVS) dienen derzeit primär der Abrechnung, bilden komplexe Datenströme (Glukosesensoren (CGM), Insulinpumpen und DiGAs) nicht adäquat ab und bieten keine klinische Entscheidungsunterstützung
- » **Dateninseln:** Hilfsmitteldaten (z. B. CGM, Insulinpumpen, DiGAs) liegen in isolierten Herstellerportalen und müssen manuell übertragen werden. Eine systematische Zusammenführung, Plausibilitätsprüfung und risiko-basierte Auswertung (z.B. Diabetesnotfälle) findet nicht statt.

Gesetzliche Weichenstellung:

- » Anerkennung der „dedizierten DMP-Managementsysteme“ (DimA) als strukturelevante Ausstattung und Finanzierungspflicht.
- » Diese Systeme müssen gesetzlich dazu befähigt sein, **alle relevanten Patientendaten automatisiert zusammenzuführen, zu plausibilisieren und standardisierte Berichte für die ePA zu erstellen**, um eine verlässliche digitale Steuerung der Versorgung sicherzustellen.

Diese „dedizierten DMP-Managementsysteme“ müssen als strukturelevante Ausstattung definiert und finanziert werden. Sie sollen als intelligente Schicht zwischen PVS und Patientendaten agieren, automatisiert Berichte für die ePA erstellen und so die „klinische Trägheit“ überwinden.

4. KI als Assistenzsystem – Algorithmen helfen, Zeit zu gewinnen und Leben zu retten

Anforderung: Eine Rechtsverordnung (RVO) durch das BMG zur Regelung regulatorischer, inhaltlicher und technischer Mindeststandards für alle dDMP-Komponenten. Dies inkludiert die Integration, Zulassung und Vergütung von klinischen Entscheidungsunterstützungssystemen (CDSS) und prädiktiven Algorithmen als integraler Bestandteil des dDMP.

Status quo & Problem: Ein dDMP ist ein komplexes Ökosystem aus PVS, DiGA, Hilfsmitteln, ePA und Apps.

- » **Datenflut:** Diabetes-Datenmengen (z.B. ein rtCGM liefert bis zu 1440 Werte/Tag) sind groß und eine manuelle Auswertung nicht realistisch.
- » **Fehlende Nutzung:** Diabetes-Daten werden nicht proaktiv ausgewertet und gesteuert. Warnsignale (z.B. nächtliche Hypoglykämien) werden derzeit nicht als Trigger für Therapieoptimierung und Prävention akuter Diabetesnotfälle genutzt.
- » **Fehlende Vergütung:** Prädiktive Algorithmen zur Berechnung von Risiko-Scores sind laut EBM nicht berechnungsfähig (EBM 2025 S.734 Pkt.7).
- » **Veraltete Infrastruktur:** Die Krankenhaus-IT ist für Diabetes-spezifische Prozesse nicht zukunftsfähig ausgestaltet („Fördertatbestände des Krankenhauszukunftsgesetzes umfassen ausdrücklich digitale Systeme zur strukturierten Erfassung, Auswertung und sektorenübergreifenden Nutzung diabetesbezogener Daten (z. B. CGM-, Pumpen- und DMP-Daten)“)
- » **Fragmentierung:** PVS-Hersteller stellen nur veraltete und rudimentäre systemspezifische Schnittstellen für Datenex- und -import bereit (z.B. xDT-Standard), Diabetes-Technologie-Hersteller bauen eigene Schnittstellenlösungen. Alle Akteure setzen den Datenschutz unterschiedlich um. Der international anerkannte offene FHIR-Standard wird in Deutschland blockiert. Dies provoziert eine digitale Fragmentierung und mündet in die Verhinderung von Interoperabilität.
- » **Investitionshemmnis:** Hersteller zögern in dDMP-Lösungen zu investieren, solange Standards unsicher sind.

Gesetzliche Weichenstellung: Das dDMP muss den Einsatz zertifizierter Algorithmen (Medizinprodukte Klasse IIb) vorsehen, die Daten auf Muster prüfen und Risiken vorhersagen. Diese Algorithmen sollen als „echte“ digitale Anwendungen anerkannt und vergütet werden. Sie sind keine „Spielerei“, sondern notwendig, um Präzisionsmedizin in der Breite verfügbar zu machen und Ärzte von der reinen Datenanalyse zu entlasten.

Auch in Kliniken bedarf es gezielter Investitionen in zukunftsfähige digitale Diabetesversorgung und die Vermeidung transsektoraler Versorgungsbrüche, das heißt: digital plus ambulant plus stationär.

Das BMG muss die Ermächtigung nach § 370b SGB V konsequent nutzen. Es braucht eine RVO, die verbindliche technische Standards (Interoperabilität, Datensicherheit, Schnittstellen) festlegt. Nur so entsteht Investitionssicherheit für die Industrie und die Garantie für Ärzte, dass die Software reibungslos („Plug & Play“) funktioniert und Daten sicher fließen.

5. Eine Sprache für alle – das MIO Diabetes als Daten-Fundament

Anforderung: Verbindliche Umsetzung des „Medizinischen Informationsobjektes“ (MIO) Diabetes als Stammdatensatz in der elektronischen Patientenakte (ePA).

Status quo & Problem:

- » **Dateninseln:** Aktuell liegen Diabetesdaten fragmentiert in verschiedenen Daten-Silos (CGM-Glukosedaten in Hersteller-Cloudlösungen, Laborwerte im PVS, Augenbefunde beim Facharzt).
- » **Fehlende Interoperabilität:** Die unterschiedlichen Systeme kommunizieren nicht miteinander. Behandlungsrelevante Daten werden unter den verschiedenen Akteuren im Gesundheitssystem nicht geteilt (Krankenhaus- und ambulanter Sektor, unterschiedliche Facharztgruppen).
- » **PDF-Sackgasse:** PDF-Dokumente sind für Algorithmen und Warnsysteme unstrukturiert und damit nicht lesbar.

Gesetzliche Weichenstellung:

- » **Strukturierte Daten:** Es ist gesetzgeberisch sicherzustellen, dass die KBV, die über § 355 Abs. 4b SGB V mit der MIO-Definition beauftragt wurde, bei dieser Definition berücksichtigt, dass das MIO maschinenlesbare Daten enthält, inklusive Therapieziele, standardisierte Hilfsmittel-Reports, Laborwerte und Risikofaktoren.

Nur so wird die ePA von einem „Datengrab“ zu einer aktiven Datendrehscheibe

6. Versorgung ohne Grenzen – das Krankenhaus als aktiver Partner

Anforderung: Verbindliche Einbindung der stationären Versorgungsebene (Krankenhäuser) in den dDMP-Prozess und den Datenaustausch. Digitale, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle sind weiterzuentwickeln (§§ 137f, 140a SGB V).

Status quo & Problem: Jeder vierte Mensch, der einen stationären Aufenthalt benötigt, weist als Nebendiagnose einen Diabetes auf (3 Millionen Menschen pro Jahr). Die Nebendiagnose Diabetes ist mit Komplikationen, verlängerten Liegezeiten und erneuten Aufnahmen verbunden.

- » **Transsektoraler Versorgungsbruch:** Daten aus der ambulanten Versorgung erreichen Krankenhäuser nicht und vice versa Daten aus dem Krankenhaus nicht zuverlässig genug in die Praxis.
- » **Fehlende Krankenhaus-IT-Struktur:** Krankenhausinformationssysteme integrieren komplexe Diabetesdaten insbesondere der Diabetestechnologien nicht in die elektronische Patientenakte.
- » **Intrasektorale Versorgungslücke:** Viele Krankenhäuser verfügen nicht über ausreichend diabetologische Expertise, insbesondere für komplexe Fälle, was die Qualität der stationären Versorgung einschränkt.

Gesetzliche Weichenstellung:

Das dDMP kann Sektorengrenzen endlich einreißen. Krankenhäuser müssen verpflichtet und technisch befähigt werden, auf den Diabetes-Stammdatensatz in der ePA zuzugreifen und ihre Behandlungsdaten strukturiert zurückzuspielen. Dies erfordert eine gesetzliche Verankerung der sektorenübergreifenden Datenfreigabe im dDMP-Prozess.

Die DDG, der BVND, die Landesverbände und der BVKD stehen mit Impulsen und Vorschlägen für eine Sektorenüberschreitende Versorgung der Menschen mit Diabetes, die über dieses dDMP Impulspapier hinausgehen, zur Verfügung.

7. Der Patient im Fokus – messbare Lebensqualität statt starrer Raster

Anforderung: Das dDMP soll eine **personalisierte Therapiesteuerung nach aktuellen nationalen Leitlinien** unter Einbezug von Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) und individuellen Therapiezielen ermöglichen.

Status quo & Problem:

- » One-Size-Fits-All: Patienten werden alle drei Monate einbestellt unabhängig vom tatsächlichen Bedarf.
- » HbA1c-Fixierung: Der Therapie-Fokus liegt auf Laborwerten, individuelle Faktoren (Lebensqualität, Depressionsrisiko, Angst vor Unterzuckerung) werden nicht systematisch erfasst.

Gesetzliche Weichenstellung:

Das dDMP muss die Erhebung von PROMs über digitale Tools (z.B. Apps) ermöglichen und als Qualitätsindikator verankern.

Dies erlaubt eine Flexibilisierung: Patienten mit stabilen Werten und hoher Lebensqualität benötigen weniger physische Termine (Einsatz von Telemedizin/Chat), während Risikopatienten enghmaschiger betreut werden können (Eskalationshierarchien). Dies schont Ressourcen und erhöht die Patientenzufriedenheit.

Fazit

Die Einführung des dDMP ist keine digitale Zusatzoption, sondern eine strukturelle Voraussetzung für die zukünftige Sicherung der Diabetesversorgung. Ohne klare gesetzliche Leitplanken droht die Digitalisierung bestehende Mängel zu reproduzieren, statt sie zu beheben. Die dargestellten sieben Impulse bilden eine funktionale Mindestarchitektur eines wirksamen digitalen, sektorenübergreifenden Versorgungsmodells, das **Ärzte entlastet, Patienten schützt und die Qualität des Gesundheitssystems nachhaltig verbessert.**

Wir empfehlen, diese Punkte im Gesetzgebungsverfahren verbindlich zu berücksichtigen.

**Anlage 1:
Übersicht Anforderungen der DDG und Verortung im SGB V § 137f Abs.9 und § 370b**

Anforderung der DDG	Verortung im SGB V	Konkreter Textvorschlag (Ergänzung/Änderung)
dDMP als eigenständige, unabhängige Versorgungsform	§ 137f Abs. 9 Satz 1	Ergänzung Satz 1: „...die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen als eigenständige und von bestehenden Programmen getrennte Versorgungsform.“
Bundeseinheitlicher Vertrag für das dDMP	§ 137f Abs. 9	Neuer Satz: „Die Umsetzung erfolgt auf Grundlage eines bundeseinheitlichen Vertrages, der die Basis für regionale Qualitätsvereinbarungen bildet.“
Neue Software-Kategorie “Dedizierte DMP-Managementsysteme”	§ 137f Abs. 9 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 370	Änderung Nr. 5: „5. Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten wie a. digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) b. digitale medizinische Anwendungen (DimA) c. dedizierte DMP-Managementsysteme d. klinische Entscheidungsunterstützungssysteme“
Verpflichtende digitale Einschreibung	§ 137f Abs. 9 Satz 2	Neuer Punkt: „7. die verpflichtende digitale Einschreibung.“
Umsetzung des „Medizinischen Informationsobjektes“ (MIO) Diabetes	§ 137f Abs. 9 Satz 2 Nr. 1 i.V.m., § 355	Ergänzung Nr. 1: „1. die elektronische Patientenakte unter Nutzung des definierten Medizinischen Informationsobjektes (MIO) Diabetes,“
Klinische Entscheidungsunterstützungssysteme und prädiktive Algorithmen	§ 370b (Verordnungs- ermächtigung Technik)	Ergänzung: „..., digitale medizinische Anwendungen, dedizierte DMP-Managementsysteme und klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, ...“
Einbindung der stationären Versorgungsebene in das dDMP	§ 137f Abs. 9 Satz 2	Ergänzung: „Zur Verbesserung... der medizinischen Versorgung unter direkter Einbindung der stationären Versorgungsebene berücksichtigt die ergänzende Regelung...“

Anlage 1, Seite 2

Anforderung der DDG	Verortung im SGB V	Konkreter Textvorschlag (Ergänzung/Änderung)
Personalisierte Therapiesteuerung entsprechend aktueller nationaler Leitlinien	§ 137f Abs. 9 Satz 2 Nr. 6	Präzisierung Nr. 6: „6. die Personalisierung der Behandlung entsprechend aktueller nationaler Leitlinien.“
Verpflichtende Rechtsverordnung durch das BMG	§ 370b	Ergänzung: „Technische und inhaltlich-regulatorische Verfahren... Das BMG wird ermächtigt... das Nähere zu regeln zu 1. den qualitativen und prozessualen Anforderungen...“
Telemedizin	Rechtsgrundlage § 87 Abs. 2a SGB V § 140a SGB V § 115b SGB V KHEntgG § 6 Abs. 2 Änderungsvorschlag § 6 Abs. 2 KHEntgG	„Zusatzentgelte können auch für telemedizinische Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten durch fachlich spezialisierte Krankenhäuser, insbesondere diabetologische Fachkliniken, in Krankenhäusern ohne eigene diabetologische Strukturen vereinbart werden. Die Leistungen müssen nachweisbar qualitativ und strukturell erbracht werden.“
Diabetes als Schwerpunkt der Zentrumsbildung	Rechtsgrundlage § 136c Abs. 5 SGB V Änderungsvorschlag § 136c Abs. 5 SGB V (ergänzt)	„Als besondere Schwerpunkte der Zentrumsbildung können auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus einschließlich komplexer Krankheitsverläufe anerkannt werden. Die Anerkennung setzt den Nachweis multiprofessioneller Teams, strukturierter Behandlungsprozesse und dokumentierter Ergebnisqualität voraus.“
Einbindung von Krankenhäusern in digitale DMP	Rechtsgrundlage § 137f SGB V Änderungsvorschlag § 137f Abs. 1 SGB V (ergänzt)	„Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus müssen Krankenhäuser, die Patientinnen und Patienten mit Diabetes behandeln, als integralen Bestandteil einbinden. Die digitale Erfassung, Auswertung und Übermittlung relevanter Behandlungsdaten zwischen stationären und ambulanten Leistungserbringern ist verbindlich sicherzustellen.“

Anlage 1, Seite 3

Anforderung der DDG	Verortung im SGB V	Konkreter Textvorschlag (Ergänzung/Änderung)
Abbildung der Multimodalen diabetologische Komplexbehandlung (OPS 8-984.3) in der DRG	Rechtsgrundlagen § 17b KHG § 6 Abs. 2 KHEntgG	„Bei der Weiterentwicklung des leistungsorientierten Entgeltsystems (DRG-System) sind multimodale komplexe Behandlungsmethoden für Diabetes mellitus (OPS 8-984.3) sachgerecht abzubilden, einschließlich der erforderlichen personellen, strukturellen und digitalen Ressourcen.“
	Änderungsvorschläge § 17b KHG (ergänzt) § 6 Abs. 2 KHEntgG (ergänzt)	„Zusatzentgelte können für die multimodale diabetologische Komplexbehandlung nach OPS 8-984.3 vereinbart werden, insbesondere wenn digitale und telemedizinische Module genutzt werden.“
Förderung digitaler diabetesbezogener Infrastruktur	Rechtsgrundlage § 19 KHZG	„Förderfähig sind digitale Systeme zur strukturierten Erfassung, Auswertung und sektorenübergreifenden Nutzung von Daten bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, einschließlich CGM-, Pumpen- und DMP-Daten sowie telemedizinischer Konsile.“
	Änderungsvorschlag § 19 Abs. 1 KHZG (ergänzt)	

Anlage 2:

Textliche Umsetzungsvorschläge im Wortlaut des SGB V § 137f Abs. 9 und § 370b

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**§ 137f Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten Absatz 9**

(9) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in seinen Richtlinien nach Absatz 2 zu den Anforderungen an die strukturierten Behandlungsprogramme zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2 bis zum 31. März 2025 ergänzend die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen als eigenständige und von bestehenden Programmen getrennte Versorgungsform. Die Umsetzung erfolgt auf Grundlage eines bundeseinheitlichen Vertrages, der die Basis für regionale Qualitätsvereinbarungen bildet. Zur Verbesserung des Behandlungsablaufs und der Qualität der medizinischen Versorgung unter direkter Einbindung der stationären Versorgungsebene berücksichtigt die ergänzende Regelung nach Satz 1 insbesondere

1. die elektronische Patientenakte unter Nutzung des definierten Medizinischen Informationsobjektes (MIO) Diabetes,
2. den elektronischen Medikationsplan,
3. das sichere Übermittlungsverfahren nach § 311 Absatz 6,
4. ambulante telemedizinische Leistungen,
5. Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten wie
 - a. digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA),
 - b. digitale medizinische Anwendungen (DimA),
 - c. dedizierte DMP-Managementsysteme,
 - d. klinische Entscheidungsunterstützungssysteme,
6. die Personalisierung der Behandlung entsprechend aktueller nationaler Leitlinien sowie
7. die verpflichtende digitale Einschreibung.

Die nach Satz 1 durch digitalisierte Versorgungsprozesse ergänzten strukturierten Behandlungsprogramme sind den Versicherten neben den bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen nach Absatz 1 zur Behandlung von Diabetes mellitus Typ 1 und 2 anzubieten; die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig. Absatz 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)**§ 370b Technische und inhaltlich-regulatorische Verfahren in strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen; Verordnungsermächtigung**

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln

1. zu den den qualitativen und prozessualen Anforderungen an die für die Versorgung der Versicherten im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen erforderliche technische Ausstattung und an die Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten,
2. zu dem Nachweis, dass die für die Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen erforderliche technische Ausstattung und die Anwendungen der Leistungserbringer und Versicherten den Anforderungen an den Datenschutz entsprechen und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleisten, und
3. zu den zusätzlichen technischen Anforderungen an digitale Gesundheitsanwendungen, digitale medizinische Anwendungen, dedizierte DMP-Managementsysteme und klinische Entscheidungsunterstützungssysteme, die im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen mit digitalisierten Versorgungsprozessen eingesetzt werden.