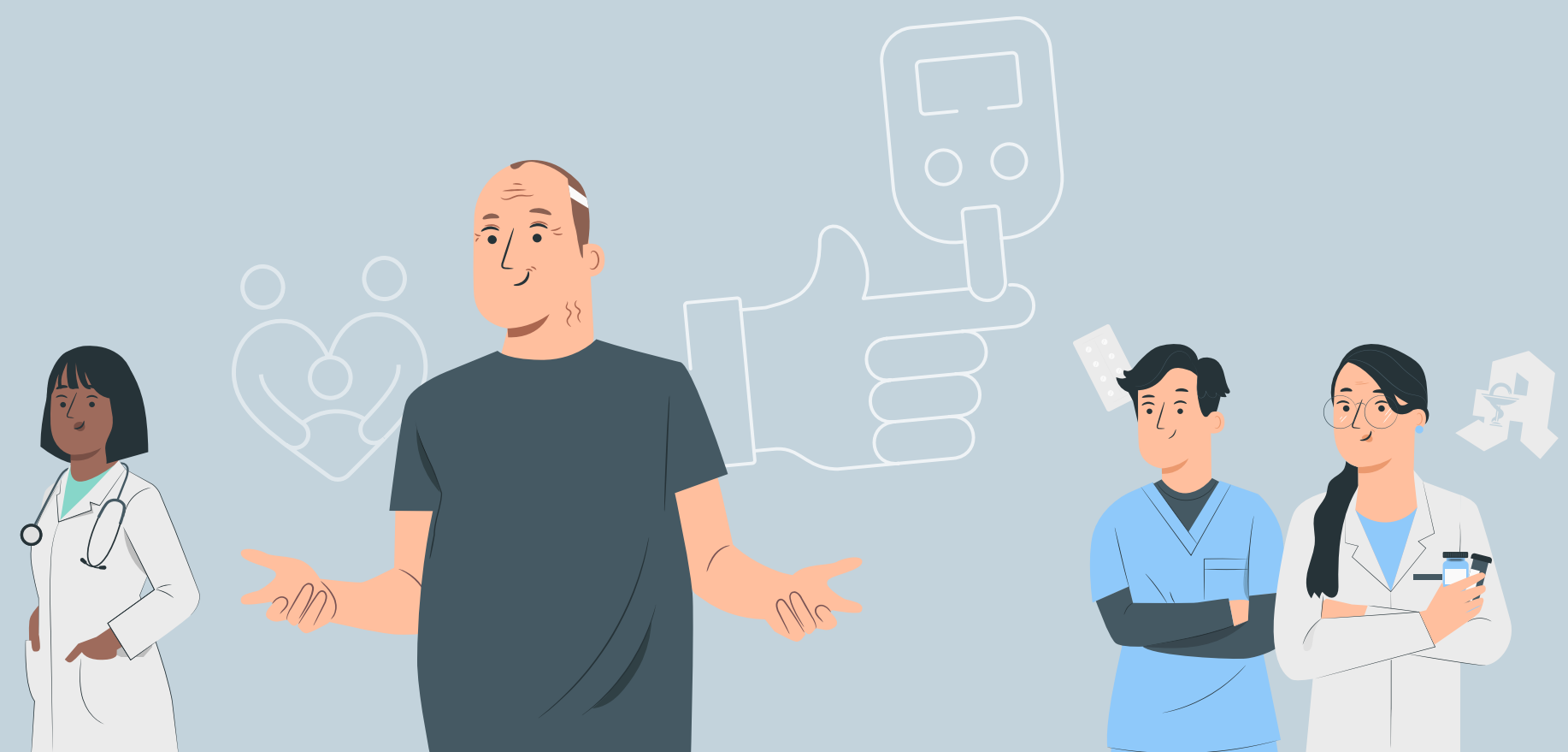


# DMP 2.0

## IMPULSE ZU EINER PATIENTEN-ORIENTIERTEN UND TEAMBASIERTEN WEITERENTWICKLUNG VON DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMMEN.



In einer Gesellschaft des längeren Lebens entscheidet sich die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems daran, wie die Versorgung auf die Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen ausgerichtet wird.

DMP sind wertvoll. In der derzeitigen Ausgestaltung helfen sie, durch einen koordinierten arzt- und sektorenübergreifenden Betreuungsprozess, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Seit einigen Jahren stagnieren die DMP jedoch; das Potenzial ist längst nicht ausgeschöpft.

Als versorgungs- und patientensteuerndes Instrument folgen die Programme dem Managed Care-Verständnis einer patientenorientierten und integrierten Gesundheitsversorgung und bieten die Chance, Millionen von Patient:innen in einem Leben mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen. Mit diesem Impulspapier will der BMC einen Weiterentwicklungsprozess von DMP in Gang setzen, der Patient:innen und Behandler:innen in ein **umfassend erweitertes Disease Management** mitnimmt.

Dabei gilt es, alle Akteure zu beteiligen und – basierend auf einer grundlegenden Evaluation – ein gemeinsames Verständnis von Nutzen und Qualität der im Rahmen von DMP erbrachten Versorgungsleistungen zu entwickeln. Updates zu einem DMP 2.0 müssen vor allem in drei Bereichen erfolgen:

- Patient:innen sollten aktiver an der Behandlung beteiligt und in ihrem Selbstmanagement unterstützt werden.
- Teambasierte, interprofessionelle und digital gestützte Versorgungsansätze sind der Hebel, um Prozesse rund um die Behandlung, Beratung und Betreuung zu optimieren.
- Rahmenbedingungen müssen vereinfacht und um zusätzliche Anreize für eine qualitätsorientierte Versorgung erweitert werden.

# DMP IN DER VERSORGUNG

## ZAHLEN UND FAKTEN

[HIER GEHT'S ZU DEN QUELLEN](#)

### HOHE ZUFRIEDENHEIT

# 93,1 %

der DMP-Teilnehmenden waren mit ihrer Versorgung zufrieden bis vollkommen zufrieden (im DMP Diabetes mellitus Typ 2)



# 59 %

der befragten Hausärztinnen und Hausärzte bewerten DMP als positiv

### DMP WIRKEN



#### GERINGERES STERBERISIKO:

Geringeres Sterberisiko: Im Vergleich zu 15,0 % der Nicht-Teilnehmenden sind 8,8% der Teilnehmenden im DMP Diabetes mellitus Typ 2 verstorben.



#### NIEDRIGERE BEHANDLUNGSKOSTEN:

Die Behandlungskosten für Teilnehmende im DMP Diabetes mellitus Typ 2 lagen von 2005-2007 im Durchschnitt 1000 Euro unter den Behandlungskosten der Kontrollgruppe.

### DIGITALES UPDATE



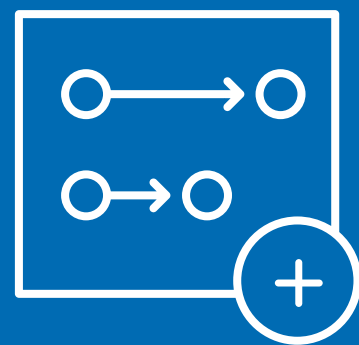
## § 137f SGB V

wird um digitale DMP ergänzt

### IMPLEMENTIERUNG STOCKT

-  **6** DMP in der Versorgung
-  **5** DMP noch nicht implementiert
-  **1** DMP im G-BA-Verfahren

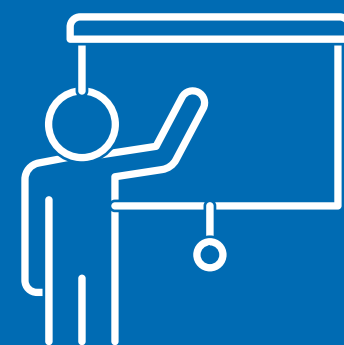
### WERTVOLLES INSTRUMENT



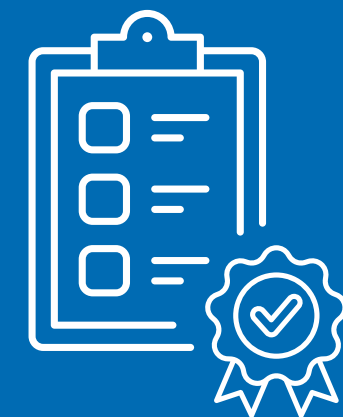
Leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie



Kooperation der Versorgungsektoren



Patientenschulung

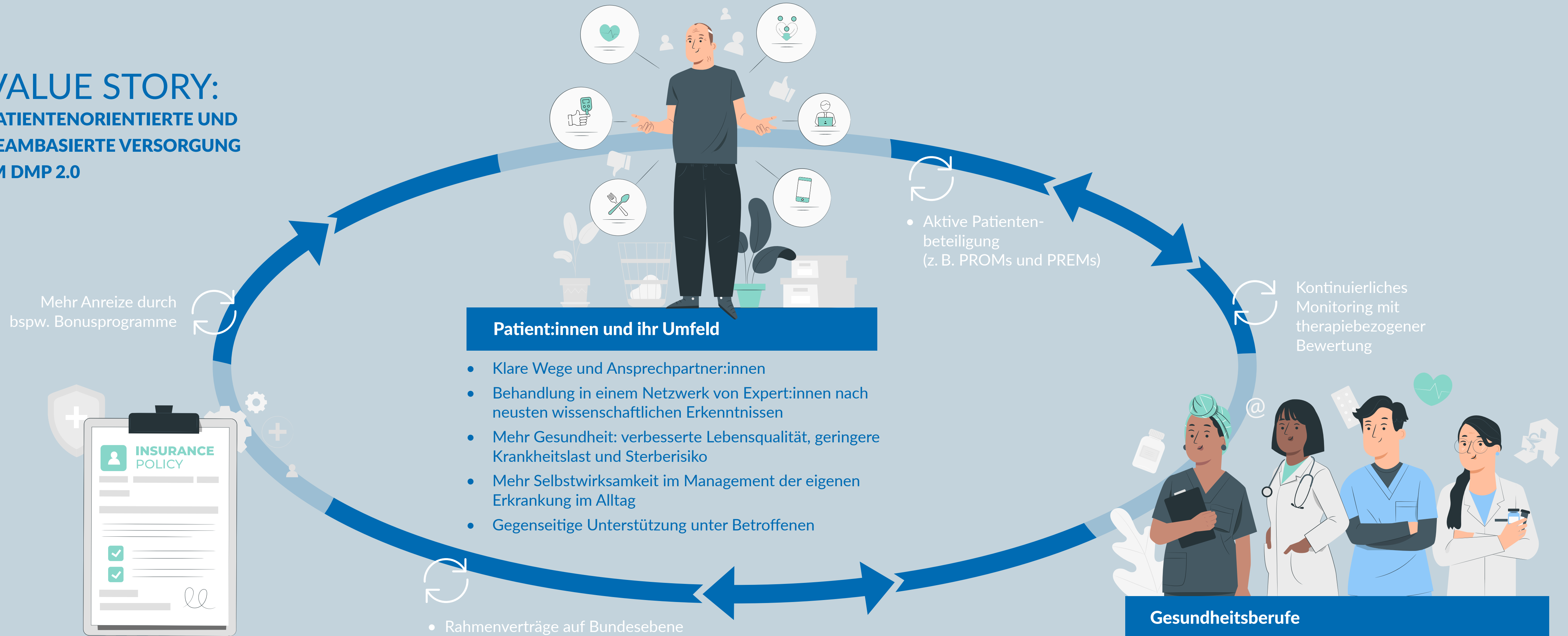


Qualitätssicherung und Evaluation

### DMP BLEIBEN HINTER IHREM POTENZIAL ZURÜCK

| Indikation                   | DMP-Teilnehmende 2022 | Geschätzte Patientenzahl in Deutschland |
|------------------------------|-----------------------|---|
| Asthma bronchiale            | 1.075.293             | 3.500.000                               |
| Brustkrebs                   | 172.319               | 556.757                                 |
| COPD                         | 714.832               | 2.600.000                               |
| Diabetes mellitus Typ 1      | 259.153               | 372.000                                 |
| Diabetes mellitus Typ 2      | 4.406.309             | 8.700.000                               |
| Koronare Herzkrankheit (KHK) | 1.880.478             | 4.900.000                               |

# VALUE STORY: PATIENTENORIENTIERTE UND TEAMBASIERTE VERSORGUNG IM DMP 2.0



## Krankenkassen

- Kosteneinsparungen durch verbesserte Versorgungsergebnisse (bspw. Progressionsvermeidung und geringere Hospitalisierung) und koordinierte Versorgung
- Weniger Bürokratie durch standardisierte und bundeseinheitliche Prozesse
- Besserer Überblick über Versorgungsqualität

## Patient:innen und ihr Umfeld

- Klare Wege und Ansprechpartner:innen
- Behandlung in einem Netzwerk von Expert:innen nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen
- Mehr Gesundheit: verbesserte Lebensqualität, geringere Krankheitslast und Sterberisiko
- Mehr Selbstwirksamkeit im Management der eigenen Erkrankung im Alltag
- Gegenseitige Unterstützung unter Betroffenen

- Rahmenverträge auf Bundesebene
- Outcome-orientierte Vergütung
- Standardisierte Qualitätsberichterstattung

## Gesundheitsberufe

- Bessere Versorgungsergebnisse
- Feedback zu den Behandlungsergebnissen
- Nutzung geeigneter digitaler Tools für mehr Koordination und Entlastung
- Automatisierung von Prozessen und weniger Aufwand
- Besserer Einsatz der Kompetenzen aller beteiligten Gesundheitsberufe
- Zeitliche Entlastung von Ärzt:innen

Mehr Anreize durch bspw. Bonusprogramme

• Aktive Patientenbeteiligung (z. B. PROMs und PREMs)

Kontinuierliches Monitoring mit therapiebezogener Bewertung

# DMP 2.0 - HANDLUNGSFELD I: PATIENTENEINBINDUNG STÄRKEN



## 1. KOMPETENZEN ZUM SELBST-MANAGEMENT AUFBAUEN:

DMP-Schulungs- und Beratungsleistungen sollten nicht nur Wissensvermittlung, sondern Kompetenzaufbau als Ziel verfolgen sowie Feedbackschleifen über Behandlungsfortschritte integrieren. Neben den an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufen können hierbei auch Angehörige, Peer-Groups oder digitale Angebote unterstützen.

## 2. ANREIZE FÜR MEHR EIGENVERANTWORTUNG UND PATIENTENBETEILIGUNG SETZEN:

Anreize zur aktiven Teilnahme an DMP sollten sich an für Patient:innen relevanten Therapieerfolgen orientieren, die auch eine Kostenreduktion für Krankenkassen bedeuten. Die Einsparpotenziale und Anreize sollten in einer GKV-übergreifenden Evaluation regelmäßig überprüft werden.

## 3. EINBINDUNG VON DIGA:

Die Versorgung sollte in allen DMP durch DiGA unterstützt und der Verordnungsprozess mit der ePA gekoppelt werden. Ein Austausch von über die DiGA erfassten medizinischen Parametern inkl. PROMs und PREMs sowie Funktionen zur Stärkung der Adhärenz können den Behandlungsprozess verbessern.

## 4. VIDEOSCHULUNGEN ERMÖGLICHEN:

Videoschulungen sollten in der DMP-Anforderungsrichtlinie als sinnvolle Ergänzung zur Präsenzschiulung aufgenommen werden.

## 5. HEALTH EQUITY ÜBER BESONDEREN SCHULUNGS- UND FÖRDERBEDARF UNTERSTÜTZEN:

DMP sollten die spezifischen Bedürfnisse der Patient:innen abhängig von ihrem sozialen Kontext und Beeinträchtigungen berücksichtigen. Individuelle Kompetenzen und Unterstützung lassen sich bspw. über community-basierte Ansätze aufbauen (z. B. von Community Health Nurses angeleitete Nachbarschaftshilfe oder peer-geleitete Selbsthilfeprogramme).

## 6. PROMS UND PREMS IN DMP INTEGRIEREN:

Die Erfahrungen von Patient:innen zu Therapiemaßnahmen sollten über PROMs und PREMs in den Versorgungsprozess integriert werden. Die Erhebung und Auswertung dieser Parameter (z.B. im Rahmen des Case-Managements) kann dazu beitragen, Prozesse zu verbessern, Versorgungsdefizite zu erkennen und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen.

## DMP 2.0 - HANDLUNGSFELD II: PROZESSE VERBESSERN



### 1. DIGITAL UNTERSTÜTZTES MONITORING ANDOCKEN:

Ein routinemäßiges Symptom-Monitoring und die Erfassung von medizinischen Parametern über digitale Tools erlauben es, Praxisbesuche anlassbezogen nach dem bestmöglichen Erkenntnisstand auszurichten. Die Auswertung inkl. Feedback an die Patient:innen kann bspw. über Community Health Nurses erfolgen.

### 2. UNTERSTÜTZUNG DURCH PVS UND KIS:

Zur Unterstützung der an der Versorgung beteiligten Akteure sollten die zu den DMP-Indikationen korrespondierenden nationalen Versorgungsleitlinien in Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen hinterlegt und die indikationsspezifischen Behandlungspfade abgebildet werden.

### 3. INDIVIDUELLE THERAPIEPLÄNE MITTELS KI:

Die Erstellung der Therapiepläne entlang des leitliniengestützten Versorgungspfades sollte unter Berücksichtigung von individuellen Patientenpräferenzen und -prioritäten erfolgen und durch KI unterstützt werden.

### 4. DMP-DATEN IN DER EPA ZUSAMMENFÜHREN:

Die im Rahmen der DMP erhobenen Daten sollten strukturiert und standardisiert in der ePA automatisch zusammengeführt werden, um die Prozess- und Ergebnisqualität von DMP zu analysieren sowie Kommunikation und einen interoperablen Datenaustausch zwischen allen beteiligten Akteuren zu organisieren. Um das Selbstmanagement zu fördern, müssen auch Patient:innen Zugriff auf die Daten haben.

### 5. DMP-REGISTER EINRICHTEN:

Die in den DMP gesammelten Versorgungsdaten sollten in einem nationalen Register zusammengeführt und für die Versorgungsforschung nutzbar gemacht werden.

### 6. INTEGRIERTE VERSORGUNG STÄRKEN:

Die in der ePA erfassten Versorgungsdaten sollten für eine bessere Versorgungskoordination aller Akteure genutzt werden und die verschiedenen Behandlungspfade miteinander verzahnen. Anknüpfungspunkte mit bestehenden Versorgungs- und Präventionsangeboten sollten zudem eine frühzeitige Einschreibung der Patient:innen in für sie relevante DMP sicherstellen.

### 7. MULTIMORBIDITÄT EINBEZIEHEN:

Multimorbidität sollte über DMP-übergreifende Komponenten („DMP Basismodul“) stärker berücksichtigt, Mehrfacheinschreibungen über die hausärztliche Versorgung koordiniert und eine intensive Betreuung der Patient:innen über ein individualisiertes Case-Management sichergestellt werden.

### 8. EIN- UND AUSSCHREIBEMANAGEMENT ÜBERARBEITEN:

Der DMP-Ein- und Ausschreibeprozess sollte regelhaft digital und mit der ePA gekoppelt erfolgen. Die rückwirkende Ausschreibung gemäß § 15 RSAV sollte zudem gestrichen werden und die Ausschreibung stattdessen zum Tag der Feststellung des Ausschreibetatbestands erfolgen.



# DMP 2.0 - HANDLUNGSFELD III: VERTRÄGE, FINANZIERUNG UND STEUERUNGSTRUMENTE ÜBERARBEITEN



## 1. DMP-RAHMENVERTRÄGE AUF BUNDESEBENE SCHLIESSEN:

Um eine flächendeckende Teilnahme sicherzustellen und die Umsetzung neubeschlossener DMP zu vereinfachen, sollten für die jeweiligen DMP auf Bundesebene Rahmenverträge mit Schiedsmöglichkeit zwischen den Vertragspartnern geschlossen werden. Die Vergütung sollte zusätzlich Versorgungsketten und Kooperationspauschalen vorsehen. Über regionale Zusatzverträge können zusätzliche Leistungen vereinbart werden.

## 2. MEHRFACHEINSCHREIBUNGEN VERGÜTEN:

Um der zunehmenden Bedeutung von Multimorbidität und dem damit verbundenen zusätzlichen Betreuungsaufwand Rechnung zu tragen, sollten Mehrfacheinschreibungen über die Programmkostenpauschale vergütet werden.

## 3. EVALUATION UND QUALITÄTSSICHERUNG VEREINHEITLICHEN:

Maßnahmen und Strukturen zur Evaluation und Qualitätssicherung sollten bundesweit und kasernenübergreifend vereinheitlicht werden. Die Evaluation zur Wirksamkeit von DMP sollte zudem mit Kontrollgruppen erfolgen (bspw. über Routinedaten).

## 4. OUTCOME-ORIENTIERTE VERGÜTUNGSELEMENTE INTEGRIEREN:

Neben einer Pauschalvergütung sollten perspektivisch zusätzliche outcome-orientierte Vergütungselemente in die DMP integriert werden. Die für die jeweiligen Indikationen relevanten Outcomes sollten anhand der korrespondierenden Versorgungsleitlinien festgelegt und regelmäßig auf ihren Versorgungsnutzen überprüft werden.

[AUSFÜHRLICHES POSITIONSPAPIER  
DMP 2.0 HERUNTERLADEN](#) 

## IMPRESSUM

### HERAUSGEBER:

Bundesverband Managed Care e.V.,  
Friedrichstraße 136, 10117 Berlin,  
Telefon: 030 – 2809 4480,  
www.bmcev.de | bmcev@bmcev.de,  
V.i.S.d.P.: Prof. Dr. Lutz Hager, Johanna Nüsken

### SATZ & GRAFIK:

Kerstin Jana Kater, Berlin

### BILDNACHWEIS:

storyset.com – Work illustrations by Storyset  
flaticon.com – free-icons