

DMP 2.0

Impulse zu einer patientenorientierten und teambasierten Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen

22. September 2023

Bundesverband Managed Care e.V.

Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Dr. Carola Reimann, Antonia Rollwage, Nicole Schlautmann
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de



INHALT

DMP in der Versorgung – Zahlen und Fakten.....	3
Die Ausgangslage: DMP bleiben hinter ihrem Potenzial zurück	4
Startpunkt Digitale DMP	6
DMP 2.0 - Ein umfassendes Update für einen größeren Versorgungseffekt.....	7
Ein Handlungsrahmen für eine patientenorientierte und teambasierte Gesundheitsversorgung durch DMP 2.0.....	8
Impulse für DMP 2.0.....	10
Handlungsfeld I: Patienteneinbindung stärken	10
Handlungsfeld II: Prozesse verbessern	11
Handlungsfeld III: Verträge, Finanzierung und Steuerungsinstrumente überarbeiten	13

DMP IN DER VERSORGUNG – ZAHLEN UND FAKTEN

DMP IN DER VERSORGUNG ZAHLEN UND FAKTEN

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

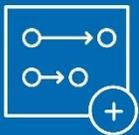


5 DMP noch nicht implementiert



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

Diese und weitere Grafiken finden Sie in unserer kompakten Zusammenfassung unter: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Impulspapier-DMP-2.0.pdf>

DIE AUSGANGSLAGE: DMP BLEIBEN HINTER IHREM POTENZIAL ZURÜCK

Disease-Management-Programme haben sich in Deutschland als wichtiger Baustein in der Versorgung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen etabliert und helfen dabei, durch einen koordinierten Betreuungsprozess die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Darüber hinaus sollen die Programme dazu beitragen, die Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement-Fähigkeiten der Teilnehmenden zu stärken.

Im Jahr 2022 gab es ca. 8,5 Mio. DMP-Teilnehmende in Deutschland (inkl. Mehrfacheinschreibungen). Die Mehrheit der Teilnehmenden ist im DMP Diabetes mellitus Typ 2 (ca. 4,4 Mio.) eingeschrieben, gefolgt vom DMP Koronare Herzkrankheit (ca. 1,9 Mio.), DMP Asthma Bronchiale (ca. 1,1 Mio.) und DMP Chronische Obstruktive Lungenerkrankung (COPD, 714.832)¹. Daneben ergänzen die DMP zu Diabetes mellitus Typ 1 und Brustkrebs mit kleineren Einschreibezahlen das Angebot der Versorgungsprogramme.

Die Wirksamkeit von DMP konnte durch verschiedene Studien belegt werden: So ist bspw. die Sterblichkeit von Teilnehmenden im DMP Diabetes mellitus Typ 2 deutlich niedriger als bei Nicht-Teilnehmenden². Neben einer Reduzierung der Häufigkeit von Folgeerkrankungen konnte auch ein Kostenvorteil bei DMP-Teilnehmenden im Vergleich zu nichtteilnehmenden Menschen mit Diabetes gezeigt werden³. Ähnlich verhält es sich mit dem DMP Koronare Herzkrankheit, bei dem eine verbesserte leitliniengerechte Medikation, geringere Gesundheitsausgaben und ein reduziertes Sterberisiko nachgewiesen wurden⁴.

Nichtsdestotrotz sind die Einschreibezahlen in den letzten Jahren im Durchschnitt nur im einstelligen Prozentbereich gestiegen. Die Anreize für Ärzt:innen und Krankenkassen, ihre Patient:innen bzw. Versicherten zur Teilnahme zu motivieren, sind gering. Herausfordernd sind zudem die sektorenübergreifende Koordination und das Management der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteure. Demgegenüber steht, dass Hausärzt:innen DMP als positiv und als wichtiges Instrument zur systematischen Betreuung ihrer Patient:innen bewerten.⁵ Damit einher geht, dass DMP zu Veränderungen in den Arbeitsabläufen und Zuständigkeiten innerhalb einer Praxis führen, die wiederum Möglichkeiten für eine stärkere interprofessionelle Versorgung eröffnen. Insbesondere der koordinierende, berufsgruppen- und schnittstellenübergreifende Versorgungsansatz bietet die Chance, die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen im Sinne einer multiprofessionellen und einrichtungsübergreifenden Versorgung neu zu denken und traditionelle Routinen in neue Formen der Zusammenarbeit zu überführen.

¹ Bundesamt für Soziale Sicherung: <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>

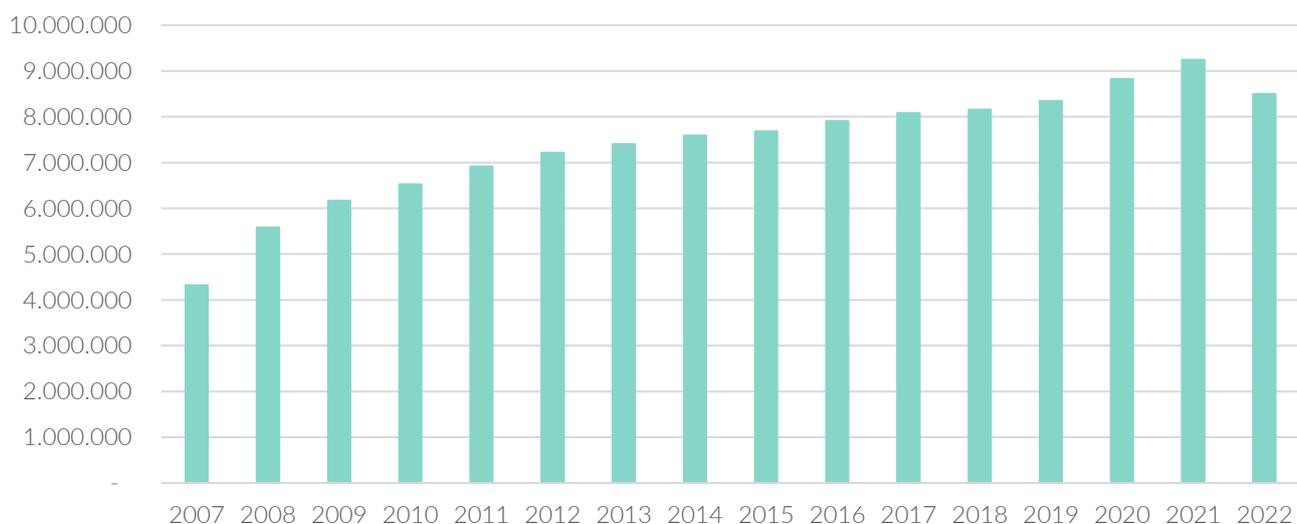
² Elsid-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg, https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/DMP/Publikationen/dmp_elsid_abschlussbericht_2012.pdf

³ Stock S, Drabik A, Büscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, Lauterbach K, Lungen M, German Diabetes Management Programs Improve Quality of Care and Curb Costs. In: Health Affairs 29 (Nr. 12) 2010, S. 2197-2205

⁴ Kirsch, F., Becker, C., Schramm, A. et al. Patients with coronary artery disease after acute myocardial infarction: effects of continuous enrollment in a structured Disease Management Program on adherence to guideline-recommended medication, health care expenditures, and survival. Eur J Health Econ 21, 607–619 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01158-z>

⁵ In einer Studie der Abteilung Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz bewerteten 59 % der Befragten Hausärztinnen und Hausärzte DMP positiv und erachteten sie als nützlichen Beitrag zur hausärztlichen Versorgung. Wangler J et al. Anderthalb Dekaden Disease-Management-Programme - Eine Bilanz zum Status quo aus hausärztlicher Sicht, Dtsch Med Wochenschr 2020; 145: e32–e40

Entwicklung der Anzahl eingeschriebener Patient:innen in die DMP KHK, DMP Diabetes mellitus Typ 1, DMP Diabetes mellitus Typ 2, DMP Asthma, DMP COPD und DMP Brustkrebs über den Zeitraum 2007 bis 2022



Quelle: KBV, Hinweis: Aufgrund der Corona-Sonderregelungen mussten in den Jahren 2020 und 2021 DMP-Teilnehmende trotz des Fehlens von zwei aufeinanderfolgenden Dokumentationen nicht eingeschrieben werden. Auch die Teilnahme an Patientenschulungen konnte ohne Konsequenzen ausgesetzt werden.

Wenngleich die Vorteile der Programme von der Politik erkannt und eine Ausweitung auf weitere Indikationen unterstützt werden, kommen die vom G-BA neubeschlossenen DMP nicht in der Versorgung an. So hat der G-BA beispielsweise die Anforderungen für die DMP zu Herzinsuffizienz (2018), Depression (2019), chronischer Rückenschmerz (2019), Osteoporose (2020) und rheumatoide Arthritis (2021) bereits festgelegt, regionale Vertragsabschlüsse zu diesen Indikationen stehen bis auf wenige Ausnahmen⁶ derzeit aber noch aus. Darüber hinaus gestaltet sich die Weiterentwicklung bestehender DMP als komplex und schwierig, denn Verfahrensprozesse im G-BA nehmen viel Zeit in Anspruch und erfordern die Beteiligung einer großen Anzahl von Akteuren. Als zulassungspflichtige Behandlungsprogramme stehen die DMP unter der Aufsicht des Bundesamts für Soziale Sicherung (BAS), was aufwändige Genehmigungsverfahren nach sich zieht.

⁶ In Schleswig-Holstein wurde zum 01.07.2023 ein Vertrag zum DMP Osteoporose abgeschlossen.

Das Potenzial der strukturierten Behandlungsprogramme ist bei Weitem noch nicht ausgeschöpft.

Das lässt sich beispielhaft an der Volkskrankheit Diabetes darstellen: In den beiden DMP für Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 waren im Jahr 2022 ca. 4,7 Mio. Patient:innen eingeschrieben, geschätzt leben in Deutschland jedoch 11 Mio. Menschen mit Diabetes⁷. Zusätzlich erhalten rund 560.000 Menschen pro Jahr neu die Diagnose Diabetes.⁸ Die aufgrund der Indikation Diabetes verursachten direkten Krankheitskosten wurden für das Jahr 2015 auf 7,4 Mrd. EUR geschätzt, die unter Berücksichtigung von Begleit- und Folgeerkrankungen geschätzten jährlichen Gesamtkosten lagen für das Jahr 2009 bei mindestens 21 Mrd. EUR⁹. Ein Vergleich der Behandlungskosten für den Zeitraum 2005 bis 2007 kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlungskosten für DMP-Patient:innen über den Untersuchungszeitraum im Durchschnitt 1.000 EUR unter den Behandlungskosten in der Kontrollgruppe lagen.¹⁰

STARTPUNKT DIGITALE DMP

Aufgrund der stockenden Implementierung ist es wenig verwunderlich, dass eine Weiterentwicklung der Programme mittels Einbindung digitaler Lösungen bislang kaum erfolgt ist. Dabei liegen die Vorteile auf der Hand. Die Integration digitaler Lösungen birgt großes Potenzial zur Verbesserung der Versorgung mit Blick auf:

- einer Unterstützung und Vereinfachung von Prozessabläufen,
- der Unterstützung einer praxis-, berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Kommunikation,
- den zusätzlichen Möglichkeiten zur strukturierten Datenerhebung inkl. Nutzung patientenberichteter Behandlungsergebnisse und -erfahrungen (PROMs, PREMs), etc.) sowie
- der Nutzung von evidenzbasierten, digitalen medizinischen Anwendungen zur Unterstützung aller Programm-beteiligten durch Coaching, Monitoring und Telemedizin, wie bspw. bereits im DMP Herzinsuffizienz möglich u.v.m.

Darüber hinaus trägt insbesondere ein besserer Datenfluss über zwei Wege zur Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung bei: (1) Alle an der Versorgung Beteiligten (Haus- und Fachärzt:innen, Kliniken und weitere Gesundheitsberufe) verwenden für die DMP ihr Primärsystem (PVS bzw. KIS) statt parallel zum Einsatz kommender „DMP-Software. (2) Es erfolgt eine Standardisierung der DMP als medizinisches Informationsobjekt (MIO), welches über eine Anbindung der Primärsysteme an die elektronische Patientenakte (ePA) interoperabel ausgetauscht werden kann. Somit sind Versorgungsdaten in Echtzeit verfügbar, können am „Point of Care“ genutzt und den Patient:innen in ihrer ePA bereitgestellt werden.

Das Bundesgesundheitsministerium hat das Potenzial eines digitalen Updates von DMP bereits erkannt und in seiner Digitalisierungsstrategie angekündigt, dass „indikationsbezogene, digital unterstützte und integrierte Versorgungspfade („digitalisierte Disease-Management-Programme“ – dDMP) etabliert werden“, welche Telemedizin, digitale

⁷ Davon 8,7 Millionen mit einem diagnostizierten Typ-2-Diabetes und 372.000 mit Typ-1-Diabetes. Zusätzlich wissen weitere zwei Millionen noch nichts von ihrer Erkrankung. Quelle: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe e.V., https://www.diabetesde.org/ueber_diabetes/was_ist_diabetes/diabetes_in_zahlen

⁸ Diabinfo.de: <https://www.diabinfo.de/zahlen-und-fakten.html>

⁹ Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2019): Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019, S. 66, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Diabetes_Surveillance/Diabetesbericht.pdf?__blob=publicationFile

¹⁰ Elsid-Studie des Universitätsklinikums Heidelberg, S. 43, https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/DMP/Publicationen/dmp_elsid_abschlussbericht_2012.pdf

Gesundheitsanwendungen (DiGA) und bspw. den TI-Messenger nutzen. Im vom Bundeskabinett beschlossenen Entwurf für das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz) wurde dieses Vorhaben konkretisiert und die Einführung eines digitalen DMP für Patient:innen mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 angekündigt.

DMP 2.0 - EIN UMFASSENDES UPDATE FÜR EINEN GRÖßEREN VERSORGUNGSEFFEKT

Neben der Erweiterung von DMP um digitale Bestandteile bedürfen auch die vertraglichen Grundlagen, die Prozesse rund um DMP sowie die Einbeziehung von Patient:innen eines Updates. Eine solche Weiterentwicklung von DMP sollte mit dem Fokus auf die Versorgung in Netzwerken konzipiert werden und Anknüpfungspunkte für neue Versorgungsmodelle schaffen, wie bspw. Primärversorgungszentren oder Teampraxen sowie Praxisnetze und regionale Verbände. Auf regionaler Ebene entsteht dabei Raum für spezifische Ausgestaltung¹¹. Basis-Programme bilden die Grundlage einer patientenorientierten und teambasierten Gesundheitsversorgung, die an erster Stelle im Bereich der chronischen Erkrankungen ansetzt. Große Chancen liegen zudem in neuen Verbindungen über den engeren Bereich der medizinischen Versorgung hinaus. Ein DMP 2.0 kann somit Gesunderhaltung ins Zentrum der Gesundheitsversorgung rücken.

In einem Arbeitsprozess hat der BMC gemeinsam mit relevanten Akteur:innen Hindernisse und Hürden bei der Etablierung neuer sowie der Weiterentwicklung bestehender DMP analysiert, Möglichkeiten zur weiteren Integration digitaler Bestandteile diskutiert sowie Erfolgsfaktoren für eine Reform der DMP identifiziert. Im Folgenden werden Vorschläge zur Weiterentwicklung von Disease Management im deutschen Gesundheitswesen formuliert, die einen Diskussionsprozess aller beteiligten Akteure anregen soll.

Grundlage eines solchen Prozesses ist ein gemeinsames Verständnis von Nutzen und Qualität der im Rahmen von DMP erbrachten Versorgungsleistungen, das sich auf eine regelmäßige Evaluation - perspektivisch unter Einbezug von Kontrollgruppen - stützt. Diese kann zunächst aus konsentierten Eckpunkten des bisherigen Wissensstandes bestehen und sollte um weitere Studien ergänzt werden. Daraus sollte eine belastbare Basis für eine Logik von „investieren und profitieren“ entstehen, die alle Beteiligten mit einbezieht und sich im Sinne eines „lernenden Systems“ kontinuierlich weiterentwickelt. Neben den Erkenntnissen aus der hausärztlichen Versorgung gilt es dabei auch die Expertise anderer Fachgruppen und weiterer Gesundheitsberufe sowie die Erfahrungen von Patient:innen einzubeziehen.

¹¹ Siehe hierzu das BMC-Positionspapier "Besser Regional: Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann", <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-05-22-BMC-Positionspapier-Besser-regional.pdf>

EIN HANDLUNGSRAHMEN FÜR EINE PATIENTENORIENTIERTE UND TEAMBASIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH DMP 2.0

In Deutschland haben schätzungsweise 40 Prozent der Bevölkerung eine oder mehrere chronische Erkrankungen und 30 Prozent der Bevölkerung leben mit ihrer Erkrankung 20 Jahre oder länger¹². Das Leben mit einer chronischen Erkrankung erfordert einerseits eine kontinuierliche professionelle Begleitung aufgrund vermehrt auftretender Versorgungsbedarfe und andererseits – und dies betrifft den Großteil der Zeit – das Selbstmanagement der eigenen Erkrankung, welches vorrangig außerhalb der Kontaktpunkte mit dem Gesundheitswesen erfolgt und den Alltag der Patient:innen umfasst. Gerade DMP bieten den Rahmen, die Teilnehmenden strukturiert zum Selbstmanagement zu befähigen. Neben Beratungs- und Gruppenansätzen können digitale Versorgungslösungen bspw. dabei helfen, die Mitwirkung an der Therapie zu erhöhen und Lebensstilveränderungen über neue Alltagsroutinen zu etablieren. Eine hohe Bedeutung haben dabei engmaschige Feedback-Mechanismen, z.B. durch Blutzucker- oder Gewichtsmonitoring. Die Vermittlung von Fähigkeiten und Kenntnissen zu chronischen Krankheiten sowie eine stärkere Beteiligung von Patient:innen ist ein wesentlicher Hebel, um die Versorgung patientenzentrierter auszurichten, die Gesundheitsergebnisse zu verbessern und Kosten zu reduzieren¹³. Gleichzeitig können die Erkenntnisse aus patientenberichteten Behandlungsergebnissen und -erfahrungen (erfasst mit PROMs und PREMs) die Weiterentwicklung der Programme befördern.

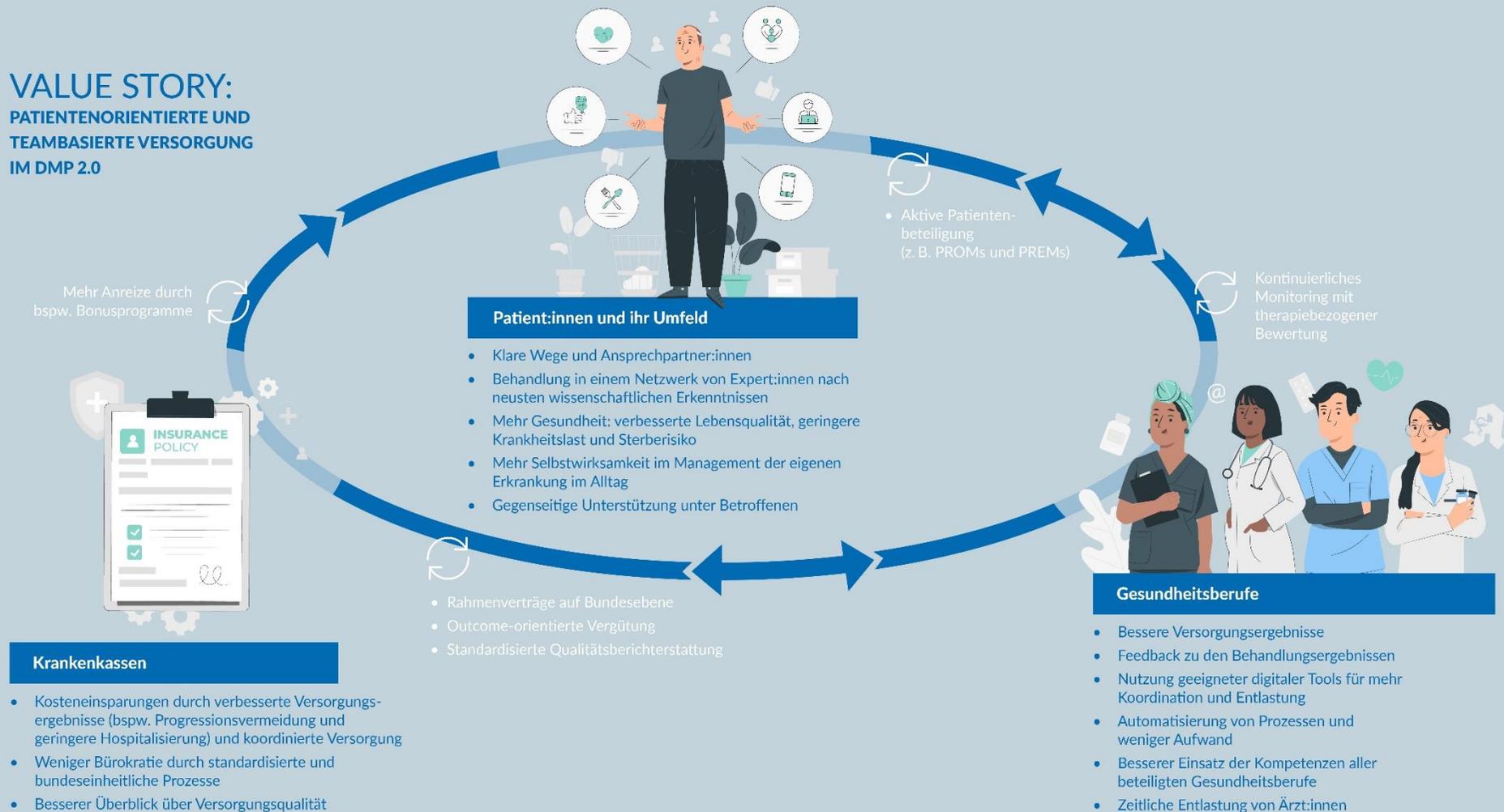
Als versorgungs- und patientensteuerndes Instrument folgen Disease-Management-Programme dem Managed Care-Verständnis einer patientenorientierten und integrierten Gesundheitsversorgung. Daraus ergeben sich viele Ansatzpunkte, um die bestehenden Programme und Prozesse umfassend und grundlegend weiterzuentwickeln. DMP bieten die Chance, Millionen von Patient:innen über einen langen Zeitverlauf in einem Leben mit chronischen Erkrankungen zu unterstützen und leisten daher einen wichtigen Beitrag zur Tertiärprävention. Gleichzeitig ermöglichen die Programme eine auf Koordination und Kooperation ausgerichtete Versorgung aller Berufsgruppen. Eine Weiterentwicklung zu einem DMP 2.0 im Sinne einer patientenorientierten und teambasierten Gesundheitsversorgung bietet Mehrwerte für alle Beteiligten und sollte in drei Bereichen erfolgen:

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

¹² Stiftung Gesundheitswissen: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/presse/immer-mehr-menschen-mit-chronischen-erkrankungen-ueber-jahrzehnte-beeintraechtigt>

¹³ Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, Bobba S, Zwar N. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. BMC Fam Pract. 2018 Jan 9;19(1):11. doi: 10.1186/s12875-017-0692-3. PMID: 29316889; PMCID: PMC5759778.

VALUE STORY: PATIENTENORIENTIERTE UND TEAMBASIERTE VERSORGUNG IM DMP 2.0



Diese und weitere Grafiken finden Sie in unserer kompakten Zusammenfassung unter: <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Impulspapier-DMP-2.0.pdf>

HANDLUNGSFELD I: PATIENTENEINBINDUNG STÄRKEN

Der Erfolg der strukturierten Behandlungsprogramme hängt maßgeblich von der aktiven Teilnahme der Patient:innen am Therapieprozess ab. Bestehende Angebote zu Schulungs- und Beratungsmöglichkeiten sollten daher multiprofessionell weiterentwickelt und Zuständigkeiten im Sinne einer berufsgruppenübergreifenden Versorgung neu verteilt werden (bspw. durch Einbindung von Community Health Nurses). Darüber hinaus sollten die Angebote durch digitale Möglichkeiten ergänzt werden (wie bspw. die Integration von DiGA in den Behandlungsprozess), um eine kontinuierliche Versorgung auch außerhalb der Arztpraxis sicherzustellen und die Patient:innen in ihrer Häuslichkeit zu erreichen. Zudem sollten neben dem sozialen Umfeld auch Erfahrungen und Meinungen der Patient:innen stärker in den Therapieprozess einfließen, um individuelle Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen.

LÖSUNGSVORSCHLÄGE:

1. **Kompetenzen zum Selbstmanagement aufbauen:** Die Vermittlung von Fähigkeiten und Kenntnissen zu chronischen Krankheiten ist ein wichtiger Schlüssel, um die Versorgung patientenzentrierter auszurichten, die erzielten Gesundheitsergebnisse zu verbessern und Kosten zu reduzieren. Die im Rahmen von DMP angebotenen Schulungs- und Beratungsleistungen sollten so ausgestaltet sein, dass sie nicht nur Wissensvermittlung, sondern Kompetenzaufbau als Ziel verfolgen. Feedbackschleifen sollten so integriert werden, dass DMP-Teilnehmende regelmäßig über Behandlungserfolge oder auch Rückschritte informiert und Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. 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:** Um Patient:innen in ihrem Selbstmanagement zu motivieren und für gute Therapieergebnisse zu belohnen, sollten die Anreize zur aktiven Teilnahme an DMP (wie bspw. eine Zuzahlungsbefreiung analog zum Zahnbonusheft beim Erreichen von bestimmten Zielwerten) so ausgestaltet sein, dass sie sich an für die Patient:innen relevanten Therapieerfolgen orientieren, die auch nachweislich eine Kostenreduktion für die Krankenkassen bedeuten (bspw. durch die Vermeidung von Komplikationen, die zu Krankenhauseinweisungen führen können). Die Einsparpotenziale sollten in einer GKV-übergreifenden Evaluation regelmäßig überprüft (siehe Punkt III.3: Evaluation und Qualitätssicherung vereinheitlichen) und die Anreizinstrumente auf dieser Grundlage nachgesteuert werden. Zudem sollten Feedbackmechanismen mithilfe digitaler Tools so ausgestaltet werden, dass sie positive Anreize zur aktiven Teilnahme setzen (bspw. positive Rückmeldung bei Erreichen bestimmter Zielwerte durch eine Community Health Nurse (siehe dazu auch Punkt II.1)).
3. **Einbindung von DiGA:** Die Versorgung der Patient:innen sollte in allen DMP durch evidenzbasierte digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unterstützt und der Verordnungsprozess mit der ePA gekoppelt werden. DiGA sollten dabei nicht mehr als Stand-alone-Lösung betrachtet werden, sondern in den Versorgungskontext der DMP sowie in den multiprofessionellen Behandlungsprozess der Patient:innen integriert werden. Dies sollte auch den Austausch von über die DiGA erfassten medizinischen Parametern inkl. PROMs und PREMs umfassen sowie Funktionen zur Stärkung der Medikamenten- und Therapieadhärenz inkl. Erinnerungsfunktionen für Kontroll- und Schulungstermine. In diesem Zusammenhang sollte eine Aktualisierung des § 137f Abs. 8 SGB V erfolgen: Anstatt digitaler medizinischer Anwendungen

(DIMA) sollte hier auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß BfArM-Verzeichnis verwiesen werden.

4. **Videoschulungen ermöglichen:** Videoschulungen sollten in der DMP-Anforderungsrichtlinie als sinnvolle Ergänzung zur Präsenzschiulung aufgenommen und entsprechend konzipiert und zugelassen werden.
5. **Health Equity über besonderen Schulungs- und Förderbedarf unterstützen:** DMP sollten so ausgestaltet sein, dass sie die spezifischen Bedürfnisse und Herausforderungen der Patient:innen abhängig von ihrem sozialen Kontext berücksichtigen. Dafür braucht es neue Konzepte, um Wissen und Fähigkeiten zum Selbstmanagement der eigenen Krankheit zu vermitteln. Denkbar wären bspw. community-basierte Ansätze (z.B. von Community Health Nurses angeleitete Laienhilfeprogramme in der Nachbarschaft oder peer-geleitete Selbsthilfeprogramme¹⁴), um individuelle Kompetenzen und soziale Unterstützung im Bereich lebensbedingter Erkrankungen aufzubauen.
6. **PROMs und PREMs in DMP integrieren:** Um dem patientenzentrierten Versorgungsansatz der DMP Rechnung zu tragen, sollten die Sichtweise und die Erfahrungen von Patient:innen in Bezug auf Therapie-maßnahmen und -erfolge stärker berücksichtigt werden. Insbesondere die Integration von digitalen Versorgungs-lösungen in DMP bietet die Chance, PROMs und PREMs in den Versorgungsprozess zu integrieren und somit eine Messung von Outcome-Parametern wie Lebensqualität, etc. zu ermöglichen. Die Erhebung und Auswertung dieser Parameter (bspw. im Rahmen des Case-Managements) kann dazu beitragen, Prozesse zu verbessern, Versorgungsdefizite frühzeitig zu erkennen und die Zufriedenheit der Patient:innen zu erhöhen.

HANDLUNGSFELD II: PROZESSE VERBESSERN

Um die Versorgung im Rahmen der DMP effizienter zu gestalten und die Behandlungs- und Dokumentationsprozesse zu vereinfachen, sollten insbesondere Möglichkeiten der Digitalisierung genutzt und der Datenaustausch und die Kommunikation zwischen allen an der Versorgung beteiligten Akteuren unterstützt werden. Darüber hinaus sollten DMP stärker untereinander sowie mit bestehenden weiteren Versorgungsangeboten verzahnt und auf zusätzliche Möglichkeiten für eine bessere Behandlung von multimorbiden Patient:innen ausgerichtet werden.

LÖSUNGSVORSCHLÄGE:

1. **Digital unterstütztes Monitoring andocken:** Ein routinemäßiges Symptom-Monitoring und die Erfassung von medizinischen Parametern über digitale Tools können Praxisbesuche effizienter machen und eröffnen die Möglichkeit, diese anlassbezogen nach dem bestmöglichen Erkenntnisstand auszurichten und nicht mehr wie aktuell am Quartalsbezug. Die Auswertung der Parameter und entsprechendes Feedback an die Patient:innen kann bspw. über Community Health Nurses erfolgen. Dies kann letztendlich dazu beitragen, die im Rahmen

¹⁴ Siehe bspw. das Chronic Disease Self-Management Program in den USA, bei dem die Selbsthilfeworkshops von mindestens einer Person mit einer chronischen Erkrankung geleitet werden müssen. <https://www.cdc.gov/arthritis/interventions/programs/cdsmp.htm>

von DMP erbrachten Praxisbesuche auf die tatsächlich notwendigen Termine zu reduzieren und die Effizienz der Versorgung zu erhöhen.

2. **Unterstützung durch PVS und KIS:** Zur Unterstützung der an der Versorgung beteiligten Akteure sollten die zu den DMP-Indikationen korrespondierenden nationalen Versorgungsleitlinien zudem in Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen hinterlegt und die indikationsspezifischen Behandlungspfade abgebildet werden.
3. **Individuelle Therapiepläne mittels KI:** Die Erstellung der Therapiepläne entlang des leitliniengestützten Versorgungspfadest sollte unter Berücksichtigung von individuellen Patientenpräferenzen und -prioritäten erfolgen. In enger Abstimmung mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) kann eine KI hierbei unterstützen.
4. **DMP-Daten in der ePA bereitstellen und aufbereiten:** Die im Rahmen der DMP erhobenen Versorgungsdaten bzw. Befundergebnisse sollten strukturiert und standardisiert (über Pflichtfelder/-parameter) in einem interoperablen Zusatzmodul für die ePA automatisch zusammengeführt werden, um auf dieser Grundlage die Prozess- und Ergebnisqualität von DMP analysieren und für eine Behandlungsoptimierung nutzen zu können sowie Kommunikation und einen interoperablen Datenaustausch zwischen allen beteiligten Leistungserbringenden (Haus- und Fachärzt:innen sowie Fachkliniken und weitere Gesundheitsberufe) zu organisieren. Um Transparenz sicherzustellen und das Selbstmanagement zu fördern, sollten auch Patient:innen Zugriff auf die Daten haben. Diese sollten bspw. über ein Dashboard in laienverständlicher Form abrufbar sein, um die Motivation und Einbindung der Patient:innen in den Behandlungsprozess zu unterstützen.
5. **DMP-Register einrichten:** Die in den DMP gesammelten Versorgungsdaten sollten darüber hinaus in einem nationalen Register zusammengeführt werden (Vorbild hierfür könnte bspw. die elektronische Diabetesakte mit angeschlossenem Register sein, die Behandlungsdaten nach internationalem und interoperablem Standard automatisch strukturiert erfasst, evaluiert und zeitgerecht mit bedarfsorientierten, leitlinienbasierten Empfehlungen koppelt). Die im DMP-Register erfassten Daten sollten für die Versorgungsforschung nutzbar gemacht werden.
6. **Integrierte Versorgung stärken:** Um dem Versorgungsansatz einer patientenzentrierten, interprofessionellen und sektorenübergreifenden Therapie Rechnung zu tragen, sollte eine stärkere Integration der verschiedenen Behandlungspfade und DMP-Komponenten über alle beteiligten Leistungserbringenden hinweg angestrebt und auf Grundlage der in der ePA erfassten Versorgungsdaten (siehe oben Punkt II.4) eine bessere Patientensteuerung angestrebt werden. Eine koordinierte Weiterleitung zur fachärztlichen Abklärung gemäß Leitlinien sollte dabei verpflichtend und über die DMP-Pauschale vergütet werden. Um Menschen mit chronischen Erkrankungen frühzeitig in die für sie relevanten DMP-Programme zu steuern und Krankheitsprogression zu vermeiden, sollten zudem regelhaft Anknüpfungspunkte mit bestehenden Versorgungs- und Präventionsangeboten, wie bspw. mit dem Gesundheits-Check-up ab 35 Jahren, geschaffen werden. Denkbar wäre, die für die DMP konzipierten leitlinienbasierten Schulungsangebote auch bereits im Rahmen von Maßnahmen zur Sekundärprävention anzubieten.
7. **Multimorbidität einbeziehen:** Die Multimorbidität vieler Teilnehmer:innen sollte in der Konzeption der Programme berücksichtigt werden. Dies spricht etwa für Komponenten, die programmübergreifend zur Anwendung kommen ("DMP Basismodul"). Bei Einschreibung in mehreren DMP sollte eine Verzahnung und

Koordinierung erfolgen, möglichst über die hausärztliche Versorgung. Eine intensive Betreuung der multimorbiden Patient:innen sollte dabei über ein individualisiertes Case-Management sichergestellt werden.

8. **Ein- und Ausschreibemanagement überarbeiten:** Der DMP-Einschreibeprozess sollte regelhaft digital erfolgen und mit der ePA gekoppelt werden. Die rückwirkende Ausschreibung gemäß § 15 RSAV sollte zudem gestrichen werden. Stattdessen sollte die Ausschreibung zum Tag der Feststellung des Ausschreibetatbestands erfolgen und in der ePA dokumentiert werden.

HANDLUNGSFELD III: VERTRÄGE, FINANZIERUNG UND STEUERUNGSTRUMENTE ÜBERARBEITEN

Damit die Potenziale zur Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen durch DMP vollständig ausgeschöpft werden, sollten die Rahmenbedingungen für alle Beteiligten vereinfacht und zusätzliche Anreize für eine qualitätsorientierte Versorgung gesetzt werden. Insbesondere sollten DMP-Verträge auf Bundesebene geschlossen und Maßnahmen zur Evaluation und Qualitätssicherung bundesweit vereinheitlicht werden.

LÖSUNGSVORSCHLÄGE:

1. **DMP-Rahmenverträge auf Bundesebene schließen:** Um eine flächendeckende Teilnahme aller Versicherten an DMP sicherzustellen und die Umsetzung neubeschlossener DMP zu vereinfachen, sollten für die jeweiligen Behandlungsprogramme auf Bundesebene Rahmenverträge mit Schiedsmöglichkeit zwischen den Vertragspartnern geschlossen werden. Die Vergütung sollte dabei zusätzlich Versorgungsketten und Kooperationspauschalen vorsehen, um dem integrierten, einrichtungsübergreifenden und interprofessionellen Versorgungsansatz Rechnung zu tragen. Darüber hinaus sollte es die Möglichkeit geben, über regionale Zusatzverträge zusätzliche Versorgungsleistungen zu vereinbaren.
2. **Mehrfacheinschreibungen vergüten:** Um die zunehmende Bedeutung von Multimorbidität bzw. die gleichzeitige Einschreibung in mehrere DMP und dem hierdurch entstehenden zusätzlichen Betreuungsaufwand über finanzielle Anreize Rechnung zu tragen, sollten Mehrfacheinschreibungen für alle Beteiligten über die Programmkostenpauschale vergütet werden.
3. **Evaluation und Qualitätssicherung vereinheitlichen:** Um ein einheitliches Verständnis zum Nutzen und zur Qualität der im Rahmen von DMP erbrachten Versorgungsleistungen zu entwickeln, sollten Maßnahmen und Strukturen zur Evaluation und Qualitätssicherung bundesweit und kassenartübergreifend vereinheitlicht werden. Zur besseren Vergleichbarkeit der Versorgungsqualität sollte die Evaluation zur Wirksamkeit von DMP zudem mit Kontrollgruppen (bspw. mittels Routinedaten) erfolgen. Um ein besseres Verständnis der Versorgung von multimorbiden Patient:innen in den DMP zu erreichen, sollte das Thema Multimorbidität und Mehrfacheinschreibungen auch stärker in der Evaluation und Qualitätssicherung berücksichtigt werden.
4. **Outcome-orientierte Vergütungselemente integrieren:** Neben einer Pauschalvergütung sollten perspektivisch zusätzliche outcome-orientierte Vergütungselemente in die DMP integriert werden (digitalisierte DMP würden bspw. die Integration von PROMs und PREMs ermöglichen und somit eine Messung von Outcome-Parametern wie Lebensqualität, etc.). Die für die jeweiligen DMP-Indikationen relevanten Outcomes sollten anhand der korrespondierenden nationalen Versorgungsleitlinien festgelegt und im Rahmen der Evaluation regelmäßig auf ihren Versorgungsnutzen überprüft werden.

Eine kompakte Zusammenfassung der hier formulierten Lösungsvorschläge finden Sie unter:
<https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Impulspapier-DMP-2.0.pdf>