



DiGA.Pro

digitales DMP Diabetes: Digitale Umsetzungen (DigU)

Experten-Workshop, 16. Januar 2024

Agenda

10:15 - 11:20

- Begrüßung und kurze Vorstellungsrunde
- Internationale Good Practices in der Diabetesversorgung (Prof. Peter Schwarz, Universität Dresden)
- dDMP Diabetes – Die nächsten Schritte (Sophia Matenaar, Bundesministerium für Gesundheit)
- Von den Steuerpunkten zu den digitalen Optimierungsansätzen (Dr. Jörg Caumanns, _fbeta)

11:35 - 12:30

- digitale Umsetzungen: Bausteine 2026/2028/2030 (**Diskussion im Plenum**)

12:30 - 13:00: Mittagspause

13:00 - 14:30

- Von den digitalen Optimierungsansätzen zu digitalen Umsetzungen im dDMP (Dr. Jörg Caumanns, _fbeta)
- Eskalationshierarchien digitaler Umsetzungen (**Diskussion im Plenum** am Beispiel von 1-2 Fallgruppen)

14:45 - 15:30

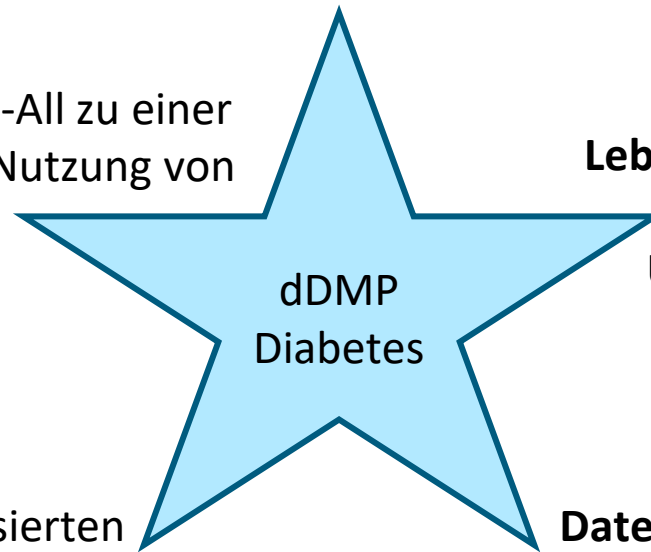
- Das digitale Ökosystem „dDMP“ bei Arzt und Patient (**Diskussion im Plenum**)
- **Abschlussplenum:** Was wollen wir G-BA, BMG und gematik als Anregungen/Aufträge mitgeben?

Zielsetzungen „digitales DMP Diabetes“

Ökosystem: Von der isoliert genutzten DiGA zu einem interoperablen Zusammenwirken von DiGA, TI-Diensten, Hilfsmitteln, etc.

Bedarfsorientierung: von One-fits-All zu einer individualisierten Therapie unter Nutzung von Daten, Algorithmen und KI

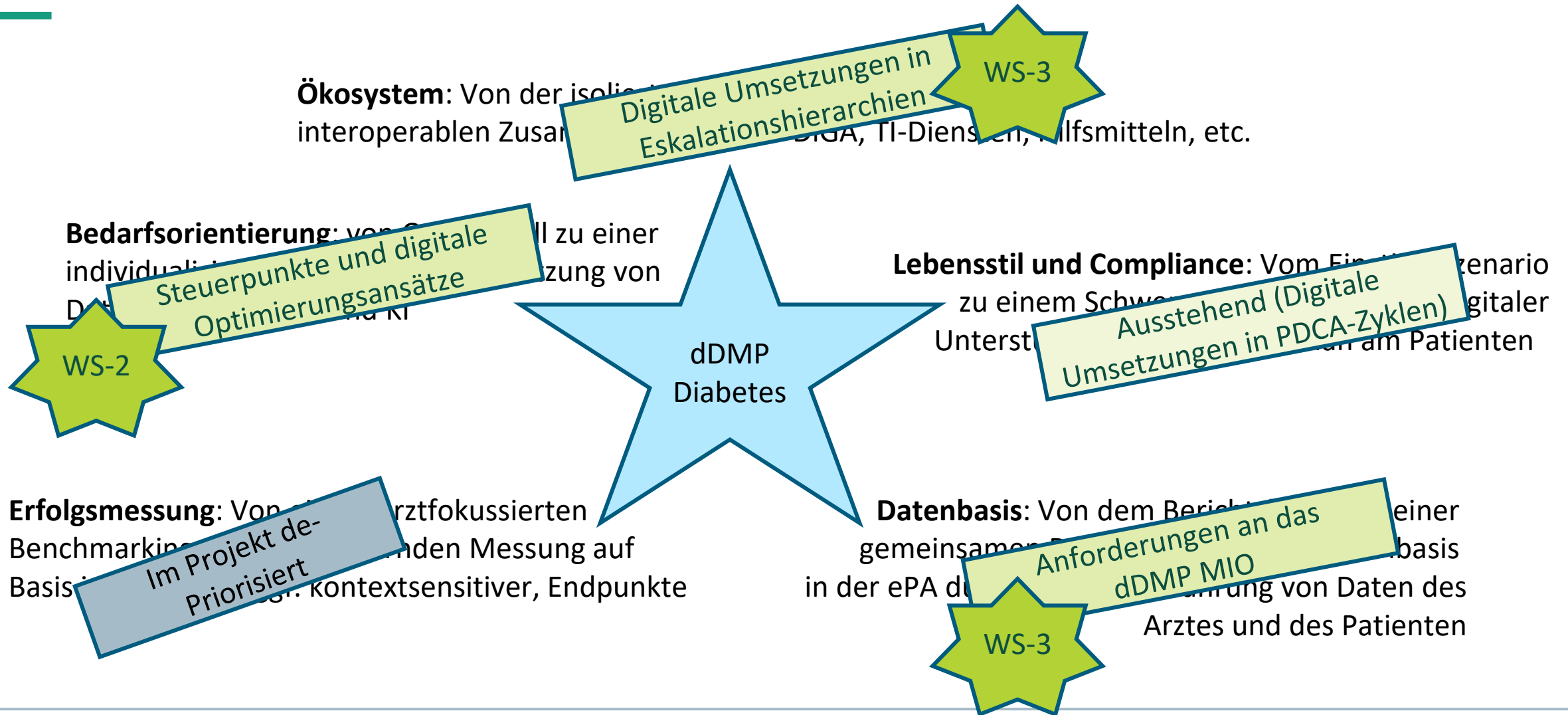
Lebensstil und Compliance: Vom Einstiegsszenario zu einem Schwerpunktthema mittels digitaler Unterstützungsmaßnahmen nah am Patienten



Erfolgsmessung: Von einem arzt fokussierten Benchmarking zu einer steuernden Messung auf Basis intelligenter, ggf. kontextsensitiver, Endpunkte

Datenbasis: Von dem Berichtsbogen zu einer gemeinsamen Dokumentation und Datenbasis in der ePA durch Zusammenführung von Daten des Arztes und des Patienten

Zielsetzungen „digitales DMP Diabetes“





DiGA.Pro WS-3 dDMP Diabetes

Rückblick: Steuerpunkte

Partizipative Entscheidungsfindung

Bei anstehenden gesundheitsbezogenen Entscheidungen bezüglich des Typ-2-Diabetes soll die Gesprächsführung entsprechend dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung erfolgen.

Aus: BÄK, KBV, AWMF: *Nationale Versorgung Leitlinie Typ-2-Diabetes. Version 3.0, 2023.* AWMF-Registernummer: nvl-001



Steuerpunkt = Es gibt Optionen mit Vor- und Nachteilen, zwischen denen die verschiedenen Akteure entscheiden können.

Steuerpunkte im Kleinen



Ihr nächster Kontrolltermin ist am 23. November um 16:30 Uhr. Sie können in die Praxis kommen oder wir machen das per Videosprechstunde.

Videosprechstunde ist super, dann muss ich nicht im Berufsverkehr quer durch die Stadt fahren.



Steuerpunkte im Kleinen



Es ist nach 18 Uhr.
Ich fahre in die
Notaufnahme vom
Krankenhaus.

Ich rufe die 116117 an und
buche mir eine Akut-
Videosprechstunde bei
einem Diabetologen.

Meine DiGA sagt, dass ich bei
meinen Blutzucker- und
Vitalwerten die Insulindosis um
25% erhöhen soll.

Das Fieber geht nicht
weg, der Blutzucker ist
seit vorgestern über
150 und geht nicht
runter, obwohl ich
schon immer eine
Einheit mehr spritze.

Ich schaue mir das eLearning-
Modul zu „Diabetes und
Infekte“ an, das mir mein
Arzt empfohlen hatte.

Ich frage mal im Diabetiker-
Forum nach, welche
Erfahrungen es gibt.

Ich frage ChatGPT

Steuerpunkte: Optionen

Steuerpunkt: „Den Patienten im Umgang mit potentiell kritischen Situationen befähigen und unterstützen, in denen er sich in seinem Handeln unsicher fühlt“

Optionen:

- Ad-Hoc F2F-Termin
 - Notaufnahme
 - Bereitschaftsdienst der KVen
- Anleitung über DiGA/Bots
- Ad hoc Online-Schulungen
- On-Demand Video-Sprechstunde

Digitale Anwendungen als alternative/ergänzende Optionen

Steuerpunkt: „Regeltermine zwischen Patienten und koordinierendem Arzt vereinbaren und durchführen“

Optionen:

- Praxistermin
- Videosprechstunde

Digitale Anwendungen als alternative/ergänzende Optionen

Steuerpunkte: Optionen

Steuerpunkt: „Den Patienten im Umgang mit potentiell kritischen Situationen befähigen und unterstützen, in denen er sich in seinem Handeln unsicher fühlt“

Optionen:

- Ad-Hoc F2F-Termin
 - Notaufnahme
 - Bereitschaftsdienst der KVen
- Anleitung über DiGA/Bots
- Ad hoc Online-Schulungen
- On-Demand Video-Sprechstunde

Terminbuchung mit Dringlichkeit aus der DiGA

Digitale Begleitfunktionen als „Enabler“

Steuerpunkt: „Regeltermine zwischen Patienten und koordinierendem Arzt vereinbaren und durchführen“

Optionen:

- Praxistermin
- Videosprechstunde

Terminbuchung über das 116117-Portal

Gebiete weiterer, bedarfsbezogener Unterstützung identifizieren und adressieren

Optionen

- Arzt-Patienten-Gespräch
- Assessments
- Begleitfunktionen:
 - DiGA
 - PVS
 - KI

Anmerkungen / offene Fragen

wie können Kassen im Rahmen der Möglichkeiten nach §§ 68a Abs. 5 und 68b SGB V beitragen? Ergeben sich aus dem GONG neue Optionen für Datenanalysen?

Aktuell erfolgt die Bedarfsermittlung über regelmäßige, zumeist jährliche Kontrolluntersuchungen? Macht es Sinn, das über Risikoprofile flexibler zu gestalten?

Ist hier faktisch nur das Thema "Gewicht" relevant oder sollte man hier differenzierter herangehen?

Optimierungsansätze Digitalisierung

| | |
|-----------------------------|---|
| Auswahl-erleichterung | Die Auswahl geeigneter Formate und Angebote für weitere Unterstützungen kann durch DiGA oder Online-Assessments unterstützt werden. |
| Entscheidungs-unterstützung | Aus aktuellen Daten, beeinflussenden Faktoren und DMP-Vorgaben können in DiGA und PVS – auch unter Einsatz von Algorithmen und KI - Risikoprofile erstellt und entsprechend weitere Unterstützungen priorisiert und vorgeschlagen werden. |
| | |
| | |
| | |

Entscheidungsunt-
erstzung
hinsichtlich
Ableich mit
aktuellen
Leitlinien

Thema Niere (in der Eskalation
teuer und mit hohen Effekten bei
schneller Intervention). Auch
"Diabetes und Psyche" (wo
schicken wir den mit der
Diagnose hin, wenn man weiß
dass er da 2 Jahre auf den
Termin wartet)

Schwierigkeit:
Umsetzung des in
der Schulung
Gelernten im Alltag
=> hohes digitales
Unterstützungspoten-
zial

Fußuntersuchung ist
schon im DMP
risikobezogen (je
nach Pathologie
häufiger
durchzuführen <=
Leitlinien)

bestimmte
Untersuchungen können in
DiGA integriert werden
(Retinopathie, Foto vom Fuß
etc.) -> wird mit immer
besseren Kameras immer
besser - Und: Unterstützung
durch Algorithmen.

für DiGA-Hersteller
auch relevant: Was
sind Sachen, die in
3-4 Jahren gefragt
und technisch
umsetzbar sind.

Fußuntersuchung
en sind ein Grund,
warum
regelmäßige
Praxist
nötig

mit aktuellen DiGA-
Regelungen nicht so
einfach, da Diagnostik mit
anderen Funktionen
ergänzt werden müsste
(ansonsten Studie gegen
Goldstandard)

Krankenkasse könnte mehr
als sie darf. Auch fehlen
Werte (zB Labor). Aber:
Kassen können dem Arzt
Empfehlungen geben, was
für Angebote die Kassen
für den Patienten haben.

Amputationsrate senken!
Da können DiGA helfen, da
damit eine höhere
Überwachungsfrequenz von
zu Hause möglich ist. Auch
Zweitmeinungen.

Features die Ärzten und
Patienten helfen, erhöhen das
Verschreibungsvolumen, dh die
müssen nicht zwingend für sich
eigen vergütet werden.
(Nutznachweis dann über
breitere Fragestellung)

weitere wichtig:
Rauchen, Bluth-
Lipide, Blutzucker. Tools
wie Arriba können damit
zusammenhängende
Risiken visualisieren. Gibt
es seit langem und sollte
mehr eingesetzt werden.

Handeln "am
Patienten" ist
wichtig und
nicht vollständig
ersetzbar

Feedback alle 3/6 Monate.
Man müsste schneller
reagieren können, aber
Abrechnungsdaten sind da
nicht geeignet, da die auch
3 Monate später kommen

ARRIBA,
gut und

Zeit im Wartezimmer
nutzen, zB um Fragebögen
auszufüllen die dann das
Shared Decision Making

In dem Moment, wenn der
Arzt einen HbA1c von 12
eintrifft, muss eine Info an
den Arzt gehen, welche
Kassenangebot hier greifen
können oder welche
Maßnahmen einzuleiten
wären.

WS-2 dDMP Diabetes (November/Dezember 2023)



SWOT Analyse

| SWOT | | interne Analyse (DMP Diabetes) | |
|--|---------|--|--|
| | | Stärken | Schwächen |
| externe Analyse (digitale Versorgung) | Chancen | Welchen Stärken der bestehenden DMP und Chancen der Digitalisierung können sich gegenseitig verstärken, so dass Versorgungsinnovationen entstehen? | Welche Schwächen der bestehenden DMP können durch Digitalisierung ausgeglichen oder gar in Stärken verwandelt werden? |
| | Risiken | Welche Stärken der bestehenden DMP dürfen durch Digitalisierung nicht verloren gehen? | Welche Schwächen der DMP und Risiken der digitalen Versorgung muss man im Blick behalten, damit diese sich nicht wechselseitig verstärken? |

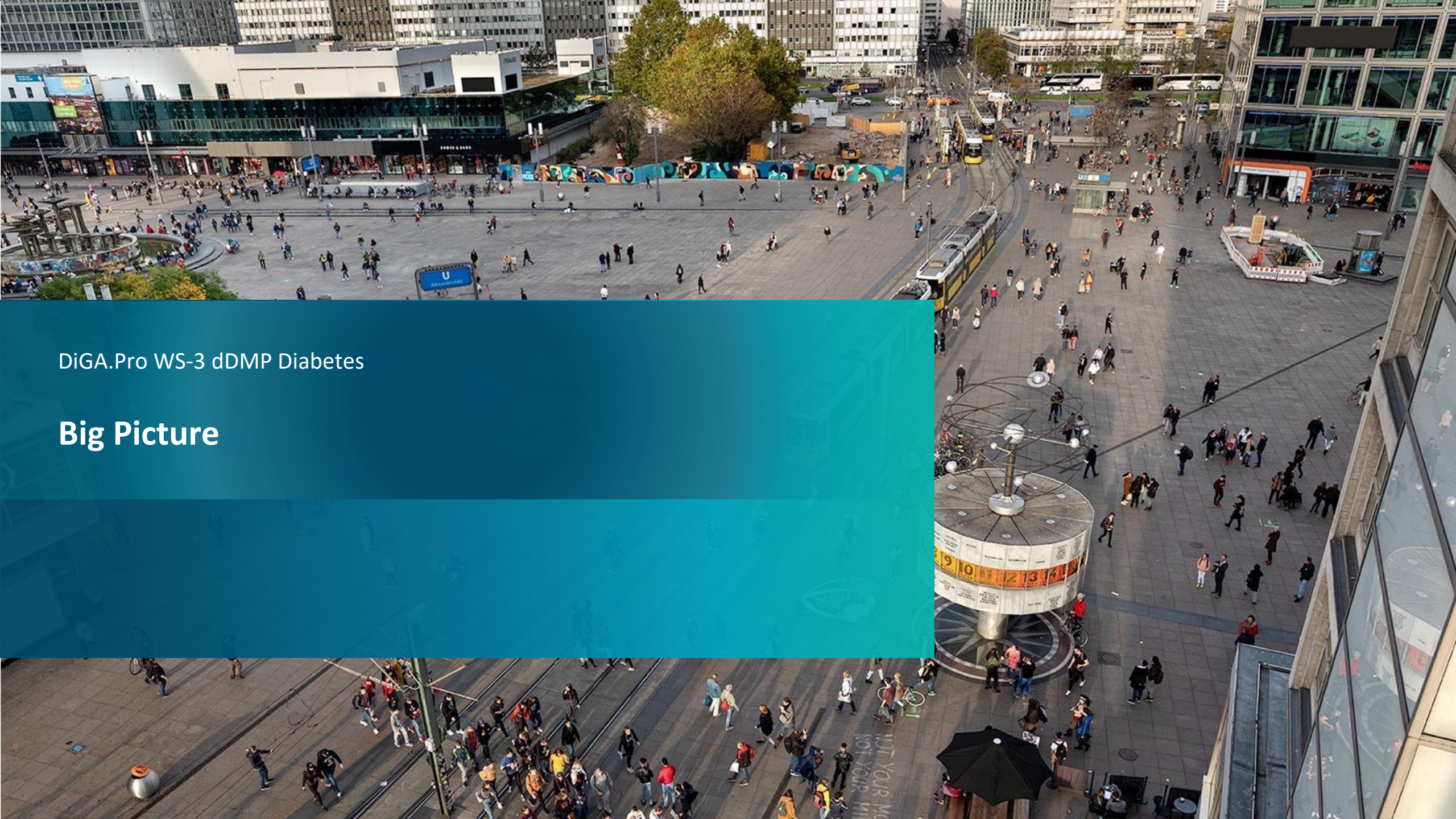
SWOT Analyse

| SWOT | interne Analyse (DMP Diabetes) | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Stärken | Schwächen |
| externe Analyse (digitale Versorgung) | Charakteristika der bestehenden DMP | Charakteristika der bestehenden DMP |
| | Risikofaktoren | Risikofaktoren |

In den Workshops benannte Schwächen ohne Bezug zu Digitalisierung:

- Einschreibeprozesses
- rückwirkende Ausschreibung
- Schriftformerfordernisse in Prozessen der Hilfsmittelversorgung
- Verhältnis zu anderen Verträgen, z.B. HZV
- Unklarer DMP-Status (fehlt: Kennzeichnung der konkreten DMP und Verpflichtung zum unmittelbaren Setzen des DMP-Kennzeichens im VSDM bzw. auf der eGK)

=> zur weiteren Bewertung an das BMG übergeben



DiGA.Pro WS-3 dDMP Diabetes

Big Picture

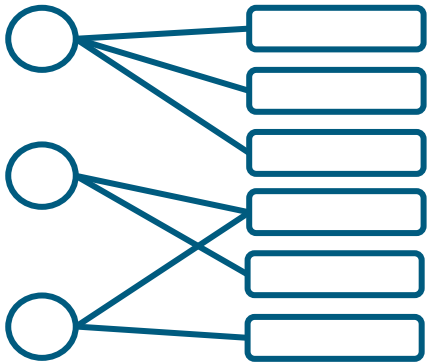


(Digitale)
Unterstützungs-
optionen

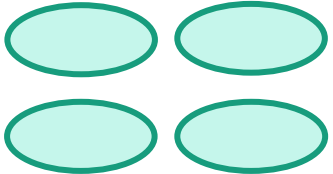
Steuerpunkte

optionen

- Leitlinien
- Good Practice
- Studien



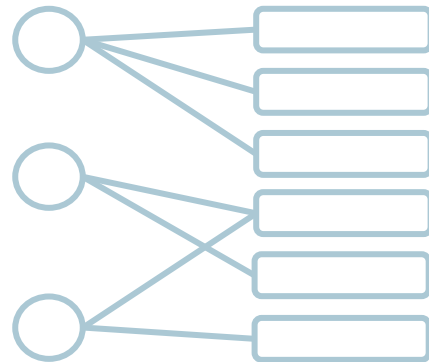
Fallgruppen



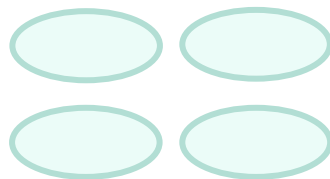


(Digitale)
Unterstützungs-
optionen

Steuerpunkte

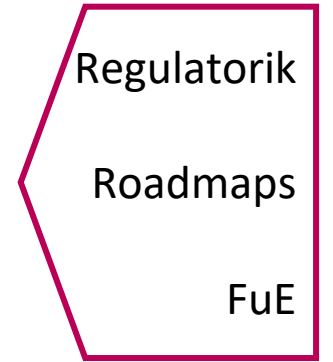


Fallgruppen

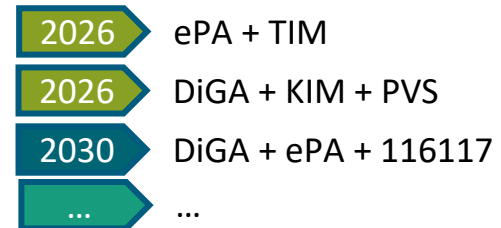


Digitale Bausteine

| | 2026 | 2028 | 2030 |
|-----|------|------|------|
| ePA | ... | ... | ... |
| TIM | ... | ... | ... |
| KIM | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... |



Ablaufsequenzen



Versorgung

Technik

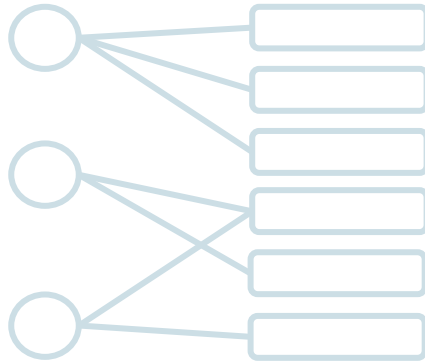
(Digitale)
Unterstützungs-
optionen

Steuerpunkte

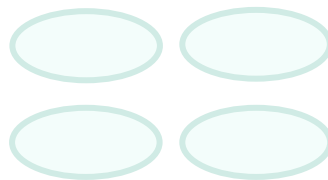
Leitlinien

Good
Practice

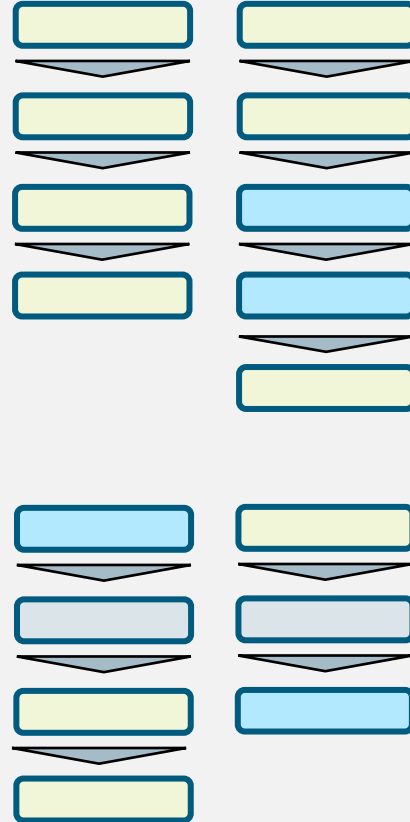
Studien



Fallgruppen



Digitale Umsetzungen in
Eskalationshierarchien



Digitale Bausteine

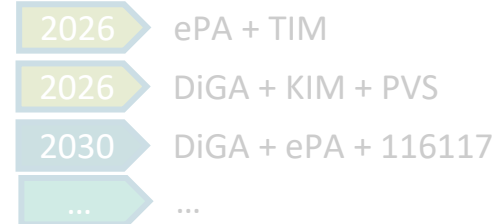
| | 2026 | 2028 | 2030 |
|-----|------|------|------|
| ePA | ... | ... | ... |
| TIM | ... | ... | ... |
| KIM | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... |

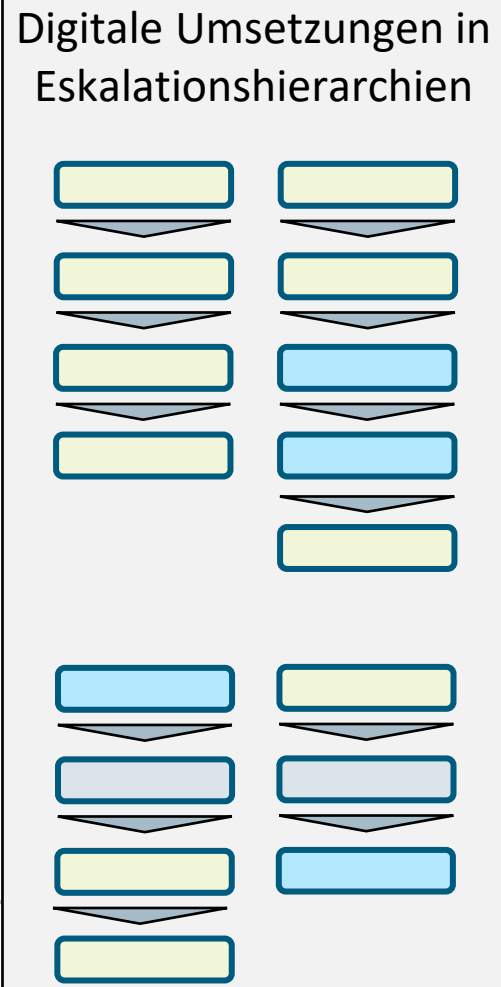
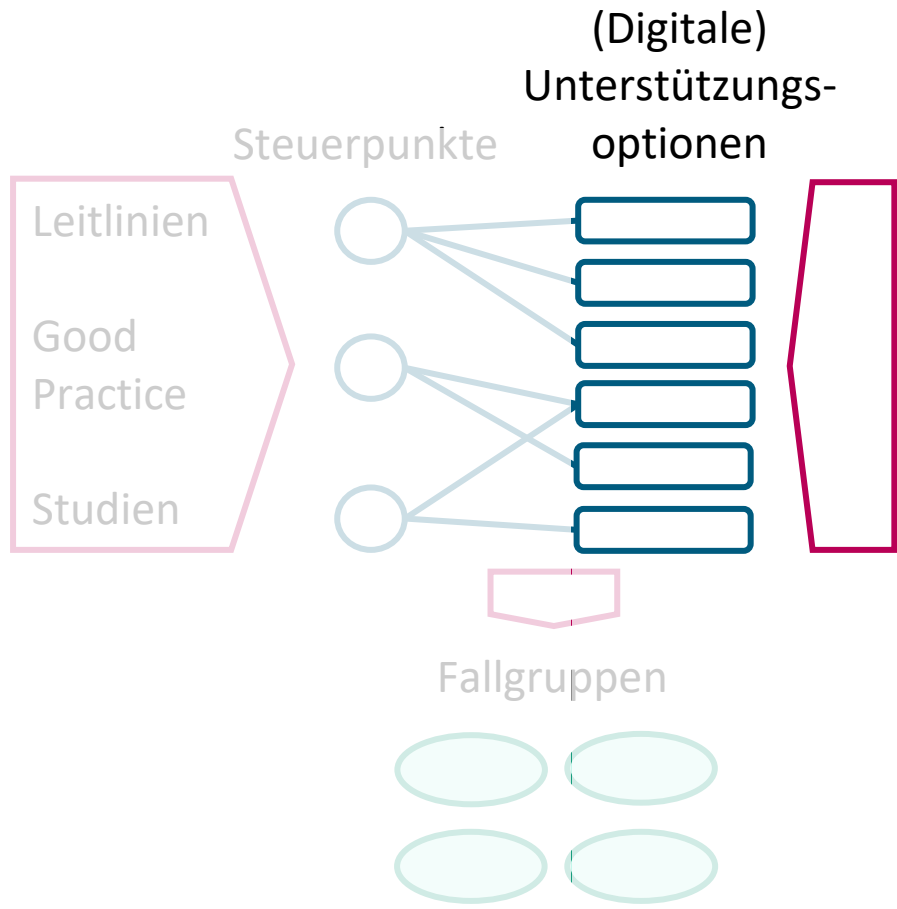
Regulatorik

Roadmaps

FuE

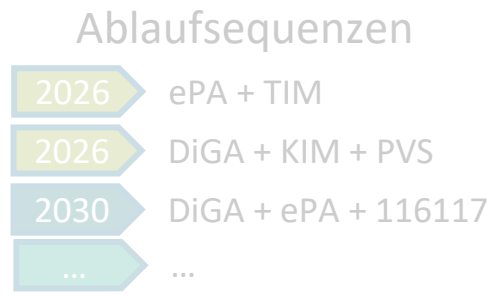
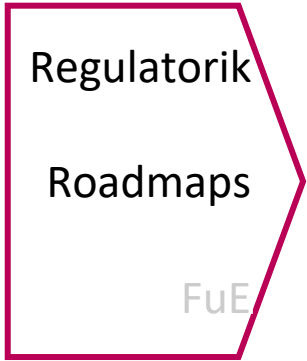
Ablaufsequenzen





Digitale Bausteine

| | 2026 | 2028 | 2030 |
|-----|------|------|------|
| ePA | ... | ... | ... |
| TIM | ... | ... | ... |
| KIM | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... |





DiGA.Pro WS-3 dDMP Diabetes

Der Vormittag: Digitale Bausteine

Ausgangspunkte

Fachkonzept ePA für alle

Unstrukturierte Datentypen:

- PDF-A
- JPG, TIFF, PNG
- TXT, RTF

Syntaktisch jedoch nicht semantisch interoperable Datentypen:

- HL7, CDA/R2, XML

Semantisch und syntaktisch interoperable Datentypen:

- FHIR/XML (unter Berücksichtigung von Terminologien wie SNOMED CT)

Zum Start:

- Medikationsdaten*
- Laborbefund
- KH-Entlassbrief
- eBildbefund
- eArztbrief
- DIGA
- Abrechnungsdaten
- eAU

Ausbaustufen der ePA für gesetzlich verpflichtende Anwendungsfälle:

- Patientenkurzakte
- Digitales DMP
- PROM
- u.a. PTV11
- Impfpass
- Zahnbonushaft
- Mutterpass
- U-Heft

Timeline:

- 2024: Erstellung von Notfalldatensätzen auf der eGK
- 2025: Anbindung NCPeH
- 2026: Anbindung Pflege

* Hierunter fallen die Medikationsliste bestehend aus Verordnungs- und Dispensierdaten aus dem E-Rezept-Fachdienst sowie ein elektronischer Medikationsplan.

| Jahr | Datum (Tag/Monat) | I. Quartal | II. Quartal | III. Quartal | IV. Quartal |
|--|---|------------|--|--------------|-------------|
| Vereinbarte Ziele für dieses Jahr | | | | | |
| Jahresziele | In jedem Quartal | | (Labor: jeweils 1. Wert im Quartal; je nach Befund häufiger) | | |
| kg | Körpergewicht/Tallenumfang | / | / | / | / |
| / mmHg | Blutdruck (5 Min. Ruhe) | / | / | / | / |
| von bis | Glukosewert nüchtl./postpr. (s. auch Selbstkontrollwerte) | / | / | / | / |
| | HbA _{1c} | / | / | / | / |
| pro Woche | Schwere Hypoglykämien | | | | |
| | Häufigkeit Selbstkontrolle | | | | |
| | Spritzstellenkontrolle | | | | |
| | Rauchen (ja/nein) | | | | |
| | Einmal im Jahr | | (je nach Befund häufiger) | | |
| < | Gesamt-Cholesterin | | | | |
| < /> | HDL-/LDL-Cholesterin | / | / | / | / |
| < | Triglyzeride nüchtern | | | | |
| | Mikro-/Makroalbuminurie | | | | |
| | Kreatinin/glomeruläre Filtrationsrate (GFR) | / | / | / | / |
| | Körperliche Untersuchung (einschl. Gefäße) | | | | |
| | Fußinspektion | | | | |
| | Periph./Auton. Neuropathie | | | | |

Spezifikation Schnittstelle gemäß §370a, Absatz 2, SGB V

Erstellt von Matthias Siebek, zuletzt geändert von Volker Dental am 13. Dez 2023

- Einleitung
- Vermittlungscode (VCode)
 - Eigenschaften und Zustände
 - Medizinische Leistungen für die Suche und Buchung eines Termins
 - Status des Termins, der im VCode hinterlegt ist
- Workflow Darstellung
 - Ablauf
 - Operationen

gematik Fachportal

Über uns | Veranstaltungen | Kontakt | Newsletter | gematik.de

TI-Status | Toolkit | Shop | gemunity | Suche

Menü

Konzepte

zip | 15 MB

Download

Spezifikationen

zip | 28 MB

Download

gemAenderungsliste_ePAfueraalle

zip | 4 MB

Download

ePA Basic

Allgemeine Dienste der ePA

zur Seite

ePA Medication

Datendienst der ePA für Medikation (FHIR)

zur Seite

ePA XDS Document

Datendienst der ePA für XDS Dokumente

zur Seite

DIGITALES TOOLKIT

Startseite | Festgelegte MIOs | Entstehende MIOs | Basis-Profil | Assiierte MIOs | Veranstaltungen

Suche

- DIGA Toolkit 1.0.0
- DIGA Toolkit 1.1.0
- Impfpass 1.0.0
- Mutterpass 1.0.0
- Mutterpass 1.1.0
- Patientenkurzakte 1.0.0
- Telemedizinisches Monitoring 1.0.0
- U-Heft 1.0.1
- Überleitungsbogen 1.0.0
- Zahnärztliches Bonushaft 1.1.0

Versorgungsreisenden Daten der im Verzeichnis nach § 139a SGB V gelisteten DIGA (Stand: 08. Juni 2022) abbilden.

Deutscher Bundestag

20. Wahlperiode

Drucksache 20/9788

13.12.2023

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 20/9048 –

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DiGiG)

Vorbereitung - wird durch

- Telemonitoring: Digitaler Lebensretter**
 - Dtsch Arztebl 2023; 120(49): A-2073 / B-1761
 - „Telemmedizin beinhaltet den Einsatz von Kommunikationstechnologien für Diagnostik, Konsultation, Videosprechstunden und medizinische Notfalldienste. Telemonitoring ist ein weiterer Teil der Telemmedizin. Dabei werden Vitalwerte und Parameter eines Patienten oder einer Patientin regelmäßig aus der Ferne kontrolliert und ausgewertet, sodass Medizinerinnen und Mediziner bei einer Verschlechterung schneller eingreifen und entsprechende Therapien einleiten können.“
 - „Zudem erstellt das Team einmal im Quartal einen Bericht mit Therapievorschlägen oder Empfehlungen zur Medikationsanpassung für den behandelnden Arzt oder die Ärztin vor Ort. Entsprechende Änderungen kann allerdings nur der oder die primär behandelnde Arzt oder Ärztin vor Ort entscheiden.“
 - „Chronisch Erkrankte gingen häufig zur Hausärztin oder zum Hausarzt und würden damit das Gesundheitswesen belasten. Außerdem sei es bei diesen Besuchen sehr zufällig, welche Werte mitgebracht oder vor Ort aufgezeichnet werden. „Deswegen werden oft Therapieoptionen verpasst“, sagt Marx“
- Telemmedizinische Überwachung der plantaren Fußtemperaturen bei Diabeteserkrankten und Risiko für Fußulkusentwicklung**
 - Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 9-16; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0229
 - „Die lebenslange Inzidenz des DFU [(Diabetische Fußulzeration)] beträgt bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes bis zu 34 %, und die Inzidenz des erneuten Auftretens von Ulzerationen beläuft sich auf ~ 40 % innerhalb eines und ~ 60 % innerhalb von drei Jahren [1, 2]. In 85 % der Fälle bleibt das DFU die Hauptursache für nicht traumatische Amputationen unterer Extremitäten“
 - „In randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) ging ein Temperaturanstieg der Ulkusbildung um fünf Tage bis fünf Wochen voraus. Hieraus kann abgeleitet werden, dass die Temperaturüberwachung zur Früherkennung genutzt werden kann“
 - „Insgesamt liefert die vorgestellte Studie erste Erfahrungen über die Interaktion von Ärztinnen und Ärzten mit Patientinnen und Patienten mittels Telemmedizin bei Personen mit Diabetes und Polyneuropathie über einen längeren Zeitraum. Das Dashboard erleichterte die Dateninterpretation und die Diagnose von Komorbiditäten durch Kombination von digitalen Bildern und Temperaturmessungen.“
- Baden-Württemberg will Projekte zur Televisite in Pflegeeinrichtungen fördern**
 - Arzteblatt (15.12.2023)
 - „Baden-Württembergs Sozial- und Gesundheitsminister Manne Lucha will Projekte zur Televisite in Pflegeeinrichtungen fördern. „Televisiten bieten große Vorteile in vielen Situationen – zum Beispiel, wenn bei Pflegebedürftigen plötzlich der Blutdruck entgleist. Dann können die Pflegekräfte dank Televisite schnell und unkompliziert Hausärzte und Hausärztinnen kontaktieren und die Vitalwerte digital übertragen“, sagte Lucha gestern.“
- Videosprechstunden weiterhin viel genutzt**
 - Arzteblatt (18.07.2023)
 - „Aus Sicht der Krankenkasse kann die Telemmedizin künftig durch die Integration von künstlicher Intelligenz (KI) und digitalen Anwendungen weiter verbessert werden. „Hierzu braucht es ein zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen abgestimmtes Gesamtkonzept zur digitalen Gesundheitsversorgung.““
- Herzinfarkt: Telemmedizin soll bei Änderung des Lebensstils helfen**
 - Arzteblatt (25.08.2023)
 - „... Patienten ... erhalten zum Beispiel individuelle Empfehlungen für einen gesunden Lebensstil. Hierbei hilft ein von der Universität Amsterdam entwickelter Chatbot, der die Patienten begleitet und sie dabei unterstützt, die Ratschläge umzusetzen. Die situativ angepassten und individualisierten Nachrichten sollen motivierend wirken und die körperliche Aktivität steigern.“
 - „Ich erwarte mir von den Studienergebnissen ... weitere Erkenntnisse über die Wirkung telemedizinischer Systeme im Bereich der Verhaltensänderungen“
- Eigene Blutabnahme zuhause soll chronisch Kranke entlasten**
 - Arzteblatt (11.08.2023)
 - „Die Kliniker wollen dabei ein neues Konzept entwickeln und erproben, bei dem chronisch Kranke sich zu Hause selbst eine kleine Menge Blut abnehmen und per Post an ein

Welche Funktionalitäten werden 2026/2028/2030 verfügbar sein?

Motivation

- Überblick geben, welche digitalen Bausteine für digitale Umsetzungen nutzbar sind
- Zeitliche Stufung 2026 -> 2028 -> 2030 darstellen

Diskussion:

- Was ist realistisch? Wie schätzen Sie als Akteure die Zeitschienen ein?
- Stimmen die zeitlichen Prioritäten? Was hätten Sie von anderen Akteuren gerne früher?

Zielstellung

- realistische technische Grundlage für digitale Umsetzungen im dDMP definieren
- Verlässlichkeit für die Definition der dDMP-Programme erhöhen



DiGA.Pro WS-3 dDMP Diabetes

Der Nachmittag: Digitale Umsetzungen

Versorgung

Technik

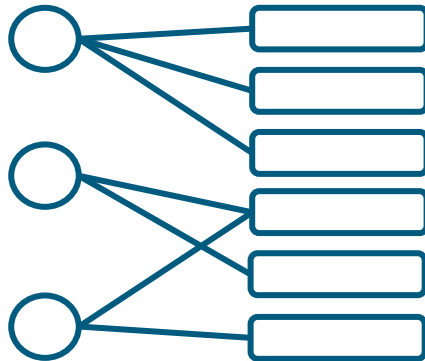
(Digitale)
Unterstützungs-
optionen

Steuerpunkte

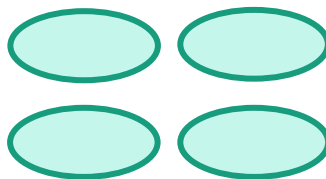
Leitlinien

Good
Practice

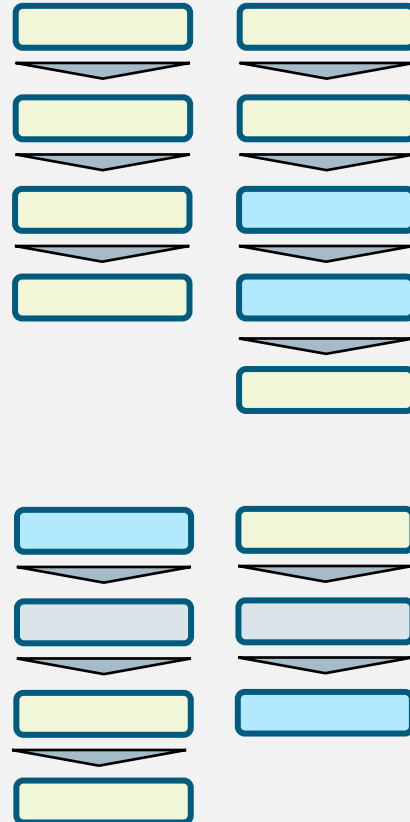
Studien



Fallgruppen



Digitale Umsetzungen in
Eskalationshierarchien



Digitale Bausteine

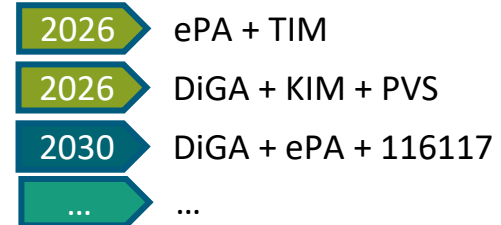
| | 2026 | 2028 | 2030 |
|-----|------|------|------|
| ePA | ... | ... | ... |
| TIM | ... | ... | ... |
| KIM | ... | ... | ... |
| ... | ... | ... | ... |

Regulatorik

Roadmaps

FuE

Ablaufsequenzen



Ausgangspunkte



Therapie des Typ-1-Diabetes

aerzteblatt.de

/ Ärzteblatt / cme / Arztstellen / Studieren / English Edition

Home Archiv News Themen DÄ plus Politik Medizin

News > Ärzteschaft > Augenscreening per Smartphone möglich

Ärzterschaft

Augenscreening per Smartphone möglich

Donnerstag, 7. Februar 2019

f x X in Newsletter abonnieren Zur Startseite



Die DDG DDG Akademie Nachwuchsförderung Wissenschaft & Forschung Behandlung & Leitlinien Gesundheitspolitik

Diabetologie und Stoffwechsel Supplement

Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Körperliche Aktivität und Sport bei Typ-2-Diabetes
Physical Activity and Sports in Patients With

Leitlinien & Praxisempfehlungen

publiziert bei NL NATIONALE VERSORGUNGS LEITLINIEN

Nationale Versorgungs Leitlinie

Typ-2-Diabetes

Langfassung

Träger:
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

© 2023 NVL-Programm



Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1

ABSCHLUSSBERICHT

Projekt: V22-05 Version: 1.0 Stand: 14.12.2023 IQWiG-Berichte – Nr. 1691 DOI: 10.60584/V22-05

Deutscher Bundestag

20. Wahlperiode

Drucksache 20/9788

13.12.2023

Beschlussesempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 20/9048 –

Entwurf eines Gesetzes zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)

Vorbereitung – wird durch

DMP 2.0

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



BMC Managed Care Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

In einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung und wachsender Komplexität der Versorgung sind die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung stetig steigend.

DMP sind wertvolle Instrumente, um die Versorgung zu verbessern und die Qualität der Versorgung zu steigern. Mit diesem Impulspapier will der BMC einen Weiterentwicklungsprozess von DMP in Gang setzen, der Patient:innen und Behandler:innen in ein umfassendes erweitertes Disease Management miteinbezieht.

Als Versorgungsmanagement-Instrument folgen DMP dem Ziel, ein patientenorientiertes und integriertes Gesundheitsmanagement zu bieten und 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 umfassendes erweitertes Disease Management miteinbezieht.

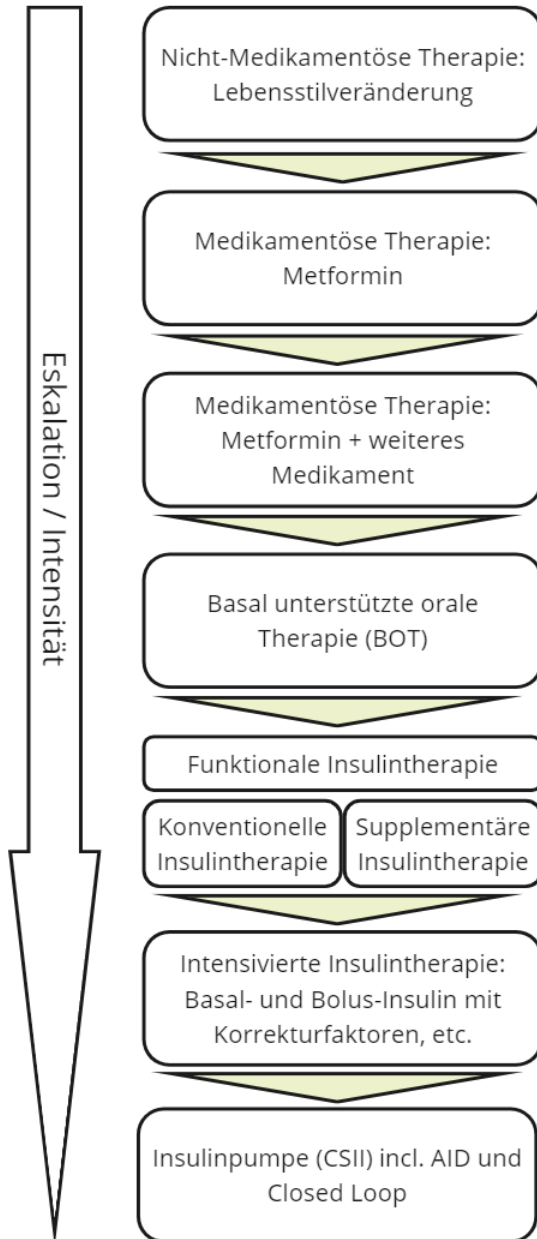
Teambasierte, interprofessionelle und digital gestützte Versorgungsansätze sind der Hebel, um Prozesse rund um die Behandlung, Beratung und Betreuung zu optimieren.

Rahmenbedingungen müssen vereinfacht und um zusätzliche Anreize für eine qualitätsorientierte Versorgung erweitert werden.



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

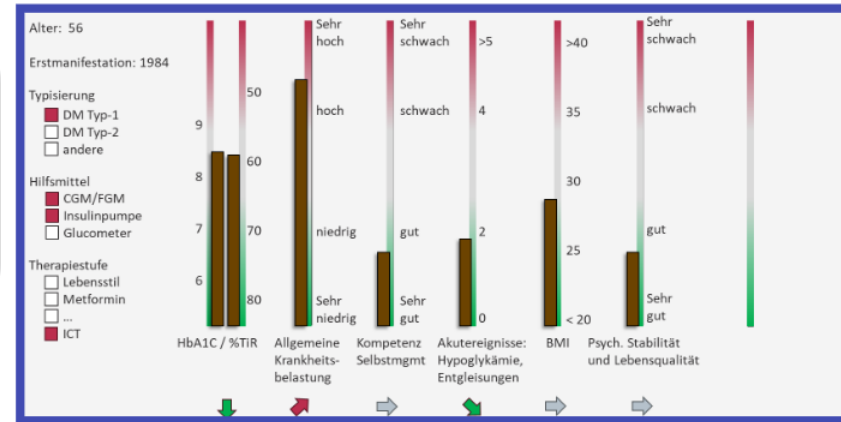
Eskalationshierarchien



Erst wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen ausgeschöpft sind, sieht die Leitliniengruppe die Indikation zur medikamentösen Therapie.

Bei Patient*innen mit mehreren Risikofaktoren für das Auftreten eines renalen oder kardiovaskulären Ereignisses [...] gibt es Gründe für [...] für eine sofortige Kombinationstherapie.

bei Nicht-Erreichen des individuellen Therapieziels trotz Ausschöpfung der nichtmedikamentösen Maßnahmen und medikamentösen Therapie soll eine Insulintherapie in Erwägung gezogen werden

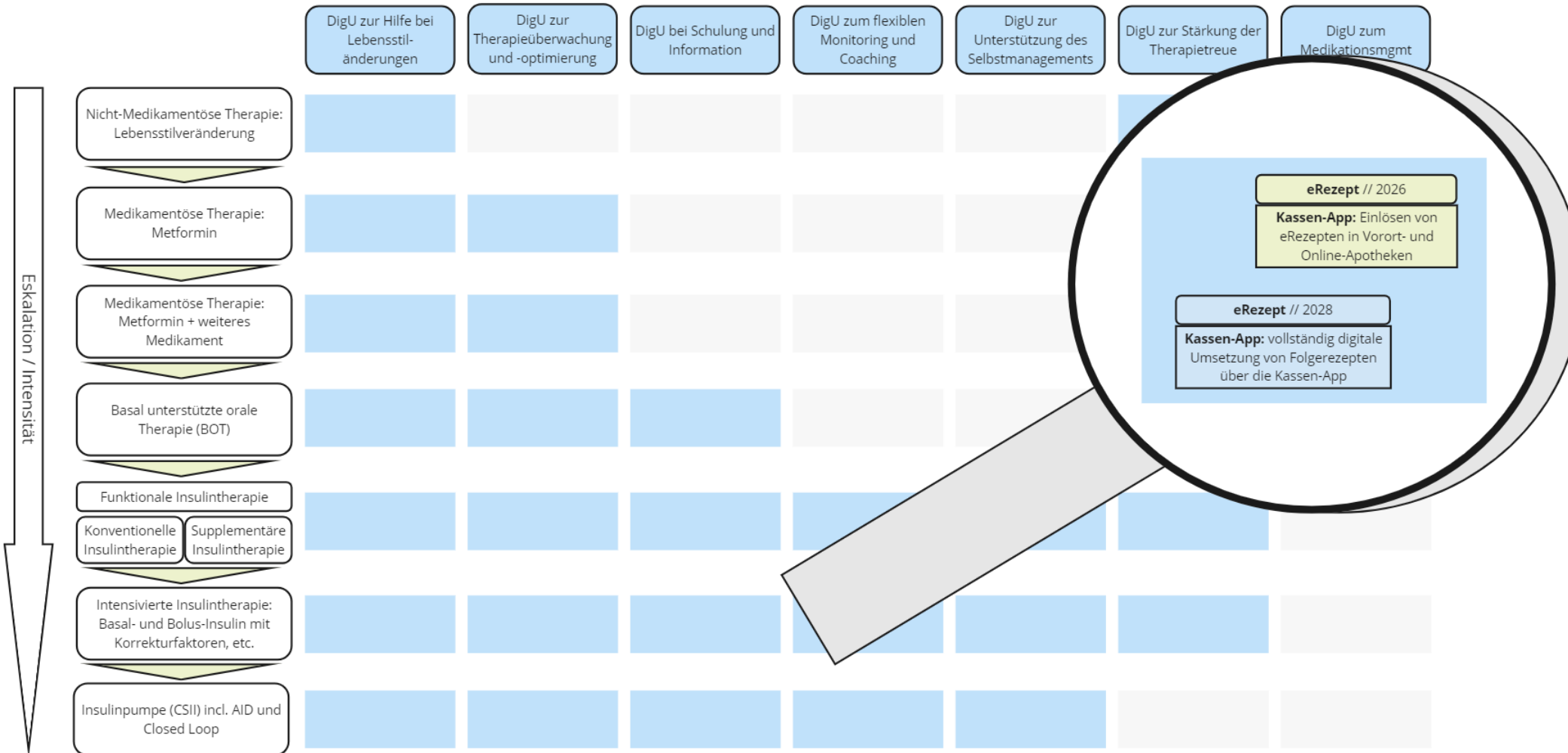


Auswahl von DigU entlang eines Merkmals (Therapieform)

Eskalation / Intensität

| | DigU zur Hilfe bei Lebensstiländerungen | DigU zur Therapieüberwachung und -optimierung | DigU bei Schulung und Information | DigU zum flexiblen Monitoring und Coaching | DigU zur Unterstützung des Selbstmanagements | DigU zur Stärkung der Therapietreue | DigU zum Medikationsmgmt |
|---|---|---|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Nicht-Medikamentöse Therapie: Lebensstilveränderung | Blue | Grey | Grey | Grey | Grey | Blue | Grey |
| Medikamentöse Therapie: Metformin | Blue | Blue | Grey | Grey | Grey | Blue | Grey |
| Medikamentöse Therapie: Metformin + weiteres Medikament | Blue | Blue | Grey | Grey | Grey | Blue | Blue |
| Basal unterstützte orale Therapie (BOT) | Blue | Blue | Blue | Grey | Grey | Blue | Blue |
| Funktionale Insulintherapie | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Grey |
| Konventionelle Insulintherapie | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Grey |
| Supplementäre Insulintherapie | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Grey |
| Intensivierte Insulintherapie: Basal- und Bolus-Insulin mit Korrekturfaktoren, etc. | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Grey |
| Insulinpumpe (CSII) incl. AID und Closed Loop | Blue | Blue | Blue | Blue | Blue | Grey | Grey |

DigU entlang eines Merkmals (Therapieform)



Auswahl von DigU entlang relevanter Merkmalskombinationen (Fallgruppen)

| | DigU zur Hilfe bei Lebensstil- änderungen | DigU zur Therapieüberwachung und -optimierung | DigU bei Schulung und Information | DigU zum flexiblen Monitoring und Coaching | DigU zur Unterstützung des Selbstmanagements | DigU zur Stärkung der Therapietreue | DigU zum Medikationsmgmt |
|--------------|---|---|--------------------------------------|--|--|--|-----------------------------|
| Fallgruppe-1 | Active | Active | Active | Inactive | Inactive | Active | Active |
| Fallgruppe-2 | Active | Active | Active | Active | Active | Active | Inactive |
| Fallgruppe-3 | Active | Active | Active | Active | Active | Active | Inactive |
| Fallgruppe-4 | Active | Active | Active | Active | Active | Inactive | Inactive |

Herleitung der Fallgruppen



Welche Patientengruppen werden explizit benannt?

Wie viele Patienten sind in der Gruppe?

Wie heterogen sind die jeweils relevanten Steuerpunkte?

Fallgruppen (prototypisch, überschneidend, unvollständig, ...)

Patienten mit supplementierter oder intensivierter Insulintherapie (ca. 1,5 Mio. Patienten)

- Menschen mit Diabetes Typ-1 und Typ-2, die engmaschig/kontinuierlich ihren Blutzucker überwachen
- hohe Anforderungen an das Diabetes-Selbstmanagement und die allgemeine Gesundheitskompetenz; intensiver Einsatz von Hilfsmitteln

Ältere, multimorbide Patienten (ca. 2,5 Mio. Patienten)

- Patienten 70+ mit (vorrangig) Diabetes Typ-2, multimorbid mit Multimedikation und vielen Kontakten zu vielen verschiedenen Ärzten
- Ausgleich zwischen Lebensqualität im Alter und Therapiezielen pendelt zunehmend in Richtung der Lebensqualität

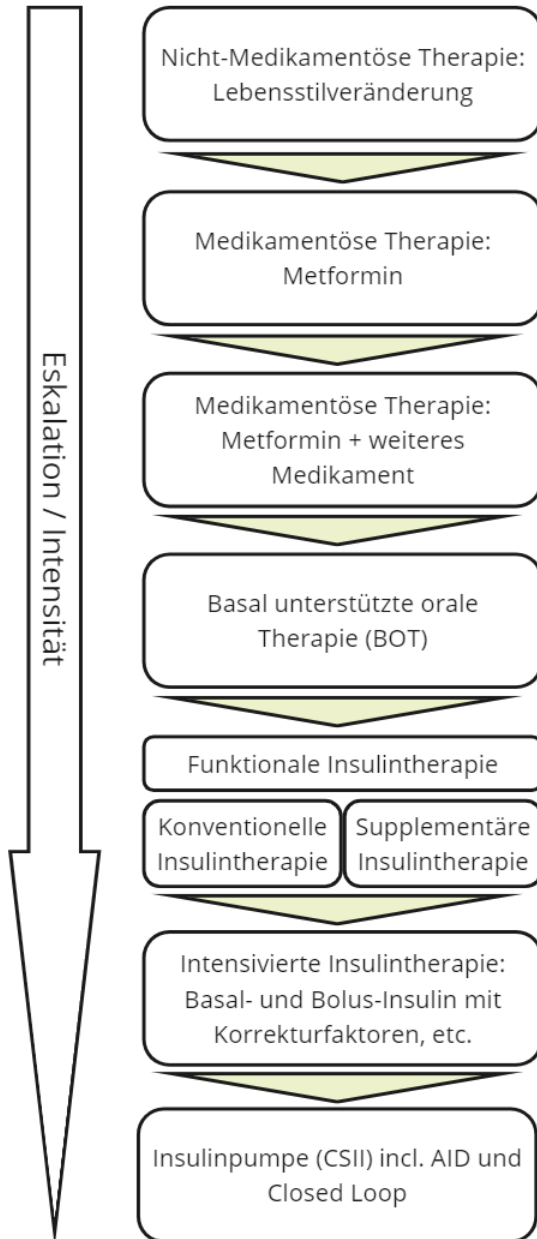
Patienten mit Fokus auf Unterstützung bei Lebensstiländerung und Therapietreue (ca. 4,0 – 4,5 Mio. Patienten zzgl. Menschen mit Prädiabetes)

- Patienten mit Risikofaktoren (insb. Übergewicht) und potenziell lange nicht erkanntem Diabetes Typ-2, die noch keine Medikamente benötigen
- Hürden bei der Lebensstilumstellung durch Unwissen, Unwilligkeit, Bequemlichkeit, Gleichgültigkeit

Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit Medikation, Basalinsulin oder konventioneller Insulintherapie behandelt werden (ca. 4,0 – 4,5 Mio. Patienten)

- schematische, für den Patienten einfach umsetzbare Therapie
- "Routinepatient" mit geringen Risiken für Entgleisungen und andere Akut-Probleme

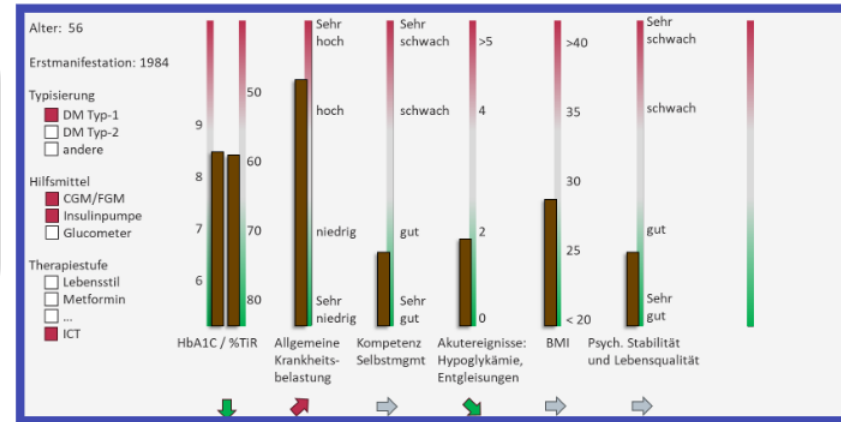
Eskalationshierarchien



Erst wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen ausgeschöpft sind, sieht die Leitliniengruppe die Indikation zur medikamentösen Therapie.

Bei Patient*innen mit mehreren Risikofaktoren für das Auftreten eines renalen oder kardiovaskulären Ereignisses [...] gibt es Gründe für [...] für eine sofortige Kombinationstherapie.

bei Nicht-Erreichen des individuellen Therapieziels trotz Ausschöpfung der nichtmedikamentösen Maßnahmen und medikamentösen Therapie soll eine Insulintherapie in Erwägung gezogen werden



Eskalationshierarchien in einzelnen Unterstützungsbereichen

At the first level, people living with type 1 diabetes do not require professional mental health care. They may engage in self-help programmes and/or receive informal coaching, as well as family, peer and community support to assist them in coping with the psychological demands of self-managing type 1 diabetes as well as socioeconomic challenges. **At the second level**, which concerns approximately one-quarter of individuals with type 1 diabetes, **some degree of professional psychosocial support is warranted.** Support for social needs can be provided by a social worker and/or community organisation. It is important that therapists have a good understanding of diabetes treatments and integrate diabetes management in the psychological treatment. Psychological therapies, including time-limited (online) cognitive behavioural therapy (CBT), mindfulness and interpersonal therapies are effective with regard to a range of psychological outcomes, including diabetes distress and depression. The effects of psychotherapy on glycaemic levels are generally small but tend to increase when diabetes self-management education is incorporated in the treatment. Approximately 5% of the adults with type 1 diabetes **are in need of psychiatric treatment, the third level**, which may involve psychotropic medication that can have an impact on glycaemic management. Psychiatric comorbidities, such as anorexia nervosa and schizophrenia, require close collaboration between the mental health specialist and diabetes care team.

Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, Ludwig B, Nørgaard K, Pettus J, Renard E, Skyler JS, Snoek FJ, Weinstock RS, Peters AL. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia. 2021 Dec;64(12):2609-2652. doi: 10.1007/s00125-021-05568-3. Erratum in: Diabetologia. 2022 Jan;65(1):255. PMID: 34590174; PMCID: PMC8481000. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481000/>

Eskalationshierarchien in einzelnen Unterstützungsbereichen

Baseline

At the first level, people living with type 1 diabetes do not require professional mental health care. They may engage in self-help programmes and/or receive informal coaching, as well as family, peer and community support to assist them in coping with the psychological demands of self-managing type 1 diabetes as well as socioeconomic challenges. **At the second level, which concerns approximately one-quarter of individuals with type 1 diabetes, some degree of professional psychosocial support is warranted.** Support for social needs can be provided by a social worker and/or community organisation. It is important that therapists have a good understanding of diabetes treatments and integrate diabetes management in the psychological treatment. Psychological therapies, including time-limited (online) cognitive behavioural therapy (CBT), mindfulness and interpersonal therapies are effective with regard to a range of psychological outcomes, including diabetes distress and depression. The effects of psychotherapy on glycaemic levels are generally small but tend to increase when diabetes self-management education is incorporated in the treatment. Approximately 5% of the adults with type 1 diabetes **are in need of psychiatric treatment, the third level**, which may involve psychotropic medication that can have an impact on glycaemic management. Psychiatric comorbidities, such as anorexia nervosa and schizophrenia, require close collaboration between the mental health specialist and diabetes care team.

Stufe-1: 70%
Stufe-2: 25%
Stufe-3: 5%

Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, Kirkman MS, Klupa T, Ludwig B, Nørgaard K, Pettus J, Renard E, Skyler JS, Snoek FJ, Weinstock RS, Peters AL. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*. 2021 Dec;64(12):2609-2652. doi: 10.1007/s00125-021-05568-3. Erratum in: *Diabetologia*. 2022 Jan;65(1):255. PMID: 34590174; PMCID: PMC8481000. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8481000/>

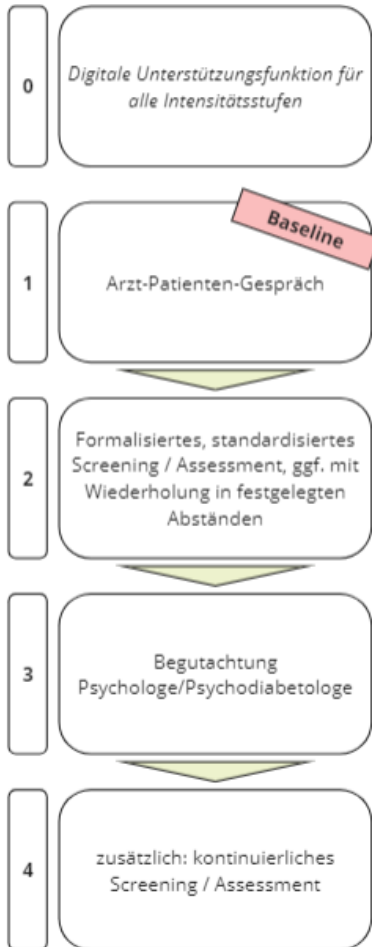
Betrachtung von Eskalationshierarchien für einzelne Fallgruppen

New swimlanes

| Line | Fallgruppe-1: Patienten mit supplementierter oder intensiver Insulintherapie | Fallgruppe-2: Ältere, multimorbide Patienten | Fallgruppe-3: Patienten mit Fokus auf Unterstützung bei Lebensstiländerung und Therapietreue | Fallgruppe-4: Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit oraler Medikation oder Basalinsulin behandelt werden |
|---|--|--|--|---|
| | DMT-1 | DMT-2 | | |
| Begleitung durch den koordinierenden Arzt | | | | |
| Risikoadjustiertes Screening auf Fußläsionen | | | | |
| Überwachung und Stabilisierung/Senkung des HbA1c | | | | |
| Verbessern der Adhärenz bei Screenings auf Begleit- und Folgeerkrankungen | | | | |
| Vermeidung psychischer Folgeerkrankungen | | | | |
| Psychologische Unterstützung | | | | |
| Vor- und Nachbereitung von Kontrollterminen | | | | |
| Risikoadjustiertes Screening auf Retinopathie | | | | |
| | | | | |

Diskussion der DigU

Vermeidung psychischer Folgeerkrankungen



Fallgruppe-4: Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit oraler Medikation oder Basalinsulin behandelt werden

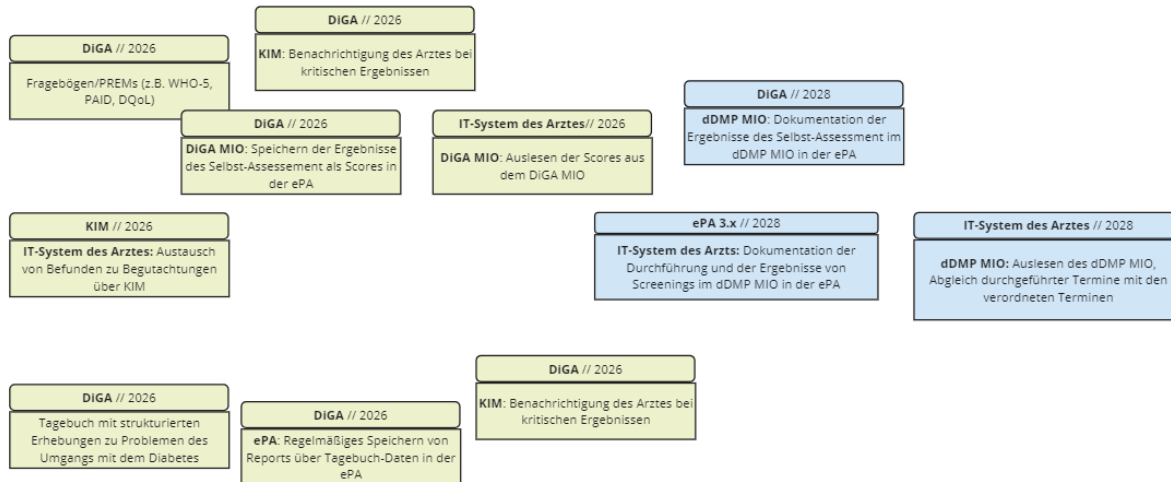
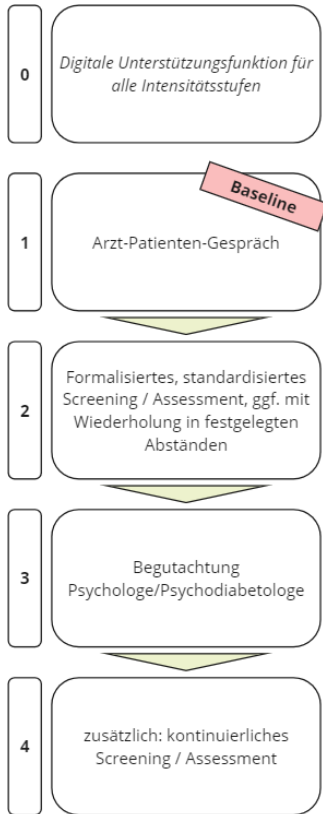
Die Nationale VersorgungsLeitlinie für die Therapie des Typ-2-Diabetes sieht ein regelmäßiges Screening auf Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Dokumentation der dabei erhobenen Befunde vor (Empfehlungen 4-8 und 4-9). Für die Erkennung depressiver Störungen und anderer psychischer Komorbiditäten wird das Erfragen von Verdachtsmomenten - ggf. unter Einsatz spezifischer Testverfahren - empfohlen.

Beispiel für eine **Eskalationsregel**: Bei neu festgestellter unregelmäßiger Medikamenteneinnahme soll eine Eskalation erfolgen, da dieses ein Hinweis auf psychosoziale Probleme im Umgang mit der Erkrankung sein kann

Diskussion der DigU

Vermeidung psychischer Folgeerkrankungen

Fallgruppe-4: Menschen mit Typ-2-Diabetes, die mit oraler Medikation oder Basalinsulin behandelt werden



Kontakt

Dr. Jörg Caumanns
Leiter Themenfeld „digitales DMP“ im Projekt DiGA.Pro
joerg.caumanns@fbeta.de