

Gefördert durch:



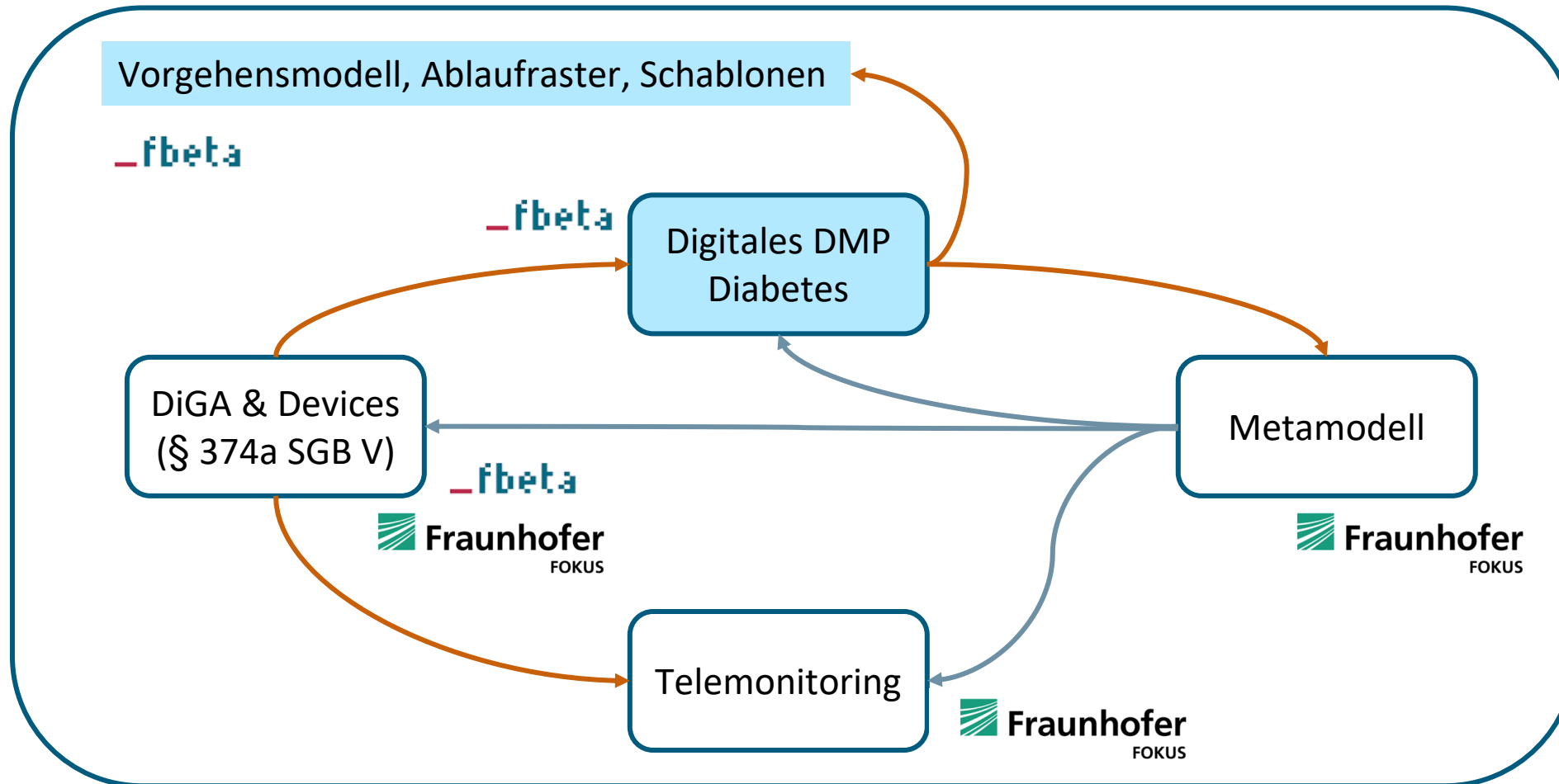
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

DiGA.Pro

Abschluss-Workshop zum digitalen DMP Diabetes

_fbeta // 17. April 2024

- **Verknüpfung von DiGA mit anderen Anwendungen und Diensten sowie mit analogen Leistungen zu übergreifenden *hybriden Versorgungsprozessen***
- Identifizieren von Mehrwertpotenzialen der Digitalisierung von Prozessen in versorgungsrelevanten Szenarien
 - In der gesamten Spannbreite von Evolution bis Revolution/Disruption
- Schaffen eines Kontextes für den bislang isolierten Einsatz von DiGA in der Versorgung
- Verzahnung von digitalen Anwendungen und (weiter zu entwickelnden) Diensten der TI
- Identifizieren von neuen bzw. sich verändernden Anforderungen an die Interoperabilität und die grundlegenden Qualitätsvorgaben von DiGA
- Erforschen von Formaten/Methoden zur partizipativen Ausarbeitung von digitalen Versorgungsszenarien



Agenda

- 14:00 Begrüßung und Projektrahmen DiGA.Pro (K. Knöppler, _fbeta)
- 14:10 Das dDMP Diabetes – digital gestützte Versorgung von morgen (S. Matenaar, BMG)
- 14:25 Projektergebnisse Teil-1: Ziele und Vorgehen (J. Caumanns, _fbeta)

- 15:00 ePA-für-Alle – Von der Datendrehschiebe zur Anwendungsplattform (R. Kuhlisch, gematik)
MIOs in der ePA-für-Alle: Was wird sich ändern? (D. Kipping, MIO42)
- 15:30 Projektergebnisse Teil-2: Digitale Umsetzungen und Steuerpunkte (J. Caumanns, _fbeta)

- 16:00 DiGA in der Diabetesversorgung: Überblick und Perspektiven (H. Bleß, _fbeta)
DiGA als Mehrwert für Patienten und Ärzte am Beispiel glucura (Ch. Twesten, perfood)
- 16:30 Projektergebnisse Teil-3: Eskalationshierarchien; Der Weg zum ersten Patienten (J. Caumanns, _fbeta)

Dr. Jörg Caumanns // _fbeta GmbH

Digitales DMP Diabetes **Zielsetzung und Vorgehen**

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Digitalisierung im Gesundheitswesen

4.4.4.5.2	Hypertriglyceridämie (V 1.5.X.2)	65
4.4.4.5.3	Statintherapie (V1.5.X.3)	67
4.4.4.6	Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.5)	69
4.4.4.7	Autoimmunerkrankungen (V1.5.6)	71
4.4.4.8	Weitere Begleit- und Folgeerkrankungen (V1.5.Y)	72
4.4.5	Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1 (V1.6)	74
4.4.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen (V1.7)	79
4.4.6.1	Therapieziele (V1.7.1)	79
4.4.6.2	Therapie (V1.7.2).....	80
4.4.6.3	Schulung (V1.7.3)	82
4.4.6.4	Psychosoziale Betreuung (V1.7.4).....	83
4.4.6.5	Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen (V1.7.5)	84
4.4.7	Kooperation der Versorgungssektoren (V1.8)	87
4.4.7.1	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.8.1).....	88
4.4.7.2	Überweisung von der koordinierenden Ärztin, vom koordinierenden Arzt oder von der koordinierenden Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.8.2)	90
4.4.7.3	Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.8.3).....	93
4.4.7.4	Veranlassung einer Rehabilitation (V1.8.4)	95
4.4.8	Schulungen (V4).....	96
4.4.8.1	Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)	96
4.4.8.2	Schulungen der Versicherten (V4.2)	96
4.4.8.2.1	Schulungen der Versicherten (V4.2.1)	96
4.4.8.2.2	Schulungen der Versicherten (V4.2.2)	99
4.4.9	Digitale medizinische Anwendungen (V.X).....	99

digitales DMP Diabetes

4.4.4.5.2	Hypertriglyceridämie (V 1.5.X.2)	65
4.4.4.5.3	Statintherapie (V1.5.X.3)	67
4.4.4.6	Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.5)	69
4.4.4.7	Autoimmunerkrankungen (V1.5.6)	71
4.4.4.8	Weitere Begleit- und Folgeerkrankungen (V1.5.Y)	72
4.4.5	Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1 (V1.6)	74
4.4.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen (V1.7)	79
4.4.6.1	Therapieziele (V1.7.1)	79
4.4.6.2	Therapie (V1.7.2)	80
4.4.6.3	Schulung (V1.7.3)	82
4.4.6.4	Psychosoziale Betreuung (V1.7.4)	83
4.4.6.5	Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen (V1.7.5)	84
4.4.7	Kooperation der Versorgungssektoren (V1.8)	87
4.4.7.1	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.8.1)	88
4.4.7.2	Überweisung von der koordinierenden Ärztin, vom koordinierenden Arzt oder von der koordinierenden Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.8.2)	90
4.4.7.3	Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.8.3)	93
4.4.7.4	Veranlassung einer Rehabilitation (V1.8.4)	95
4.4.8	Schulungen (V4)	96
4.4.8.1	Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)	96
4.4.8.2	Schulungen der Versicherten (V4.2)	96
4.4.8.2.1	Schulungen der Versicherten (V4.2.1)	96
4.4.8.2.2	Schulungen der Versicherten (V4.2.2)	99
4.4.9	Digitale medizinische Anwendungen (V.X)	99

digitales DMP Diabetes

- Welche Aspekte einer strukturierten Diabetesversorgung können von einer Digitalisierung besonders profitieren?
- Welche digitalen medizinischen Anwendungen können die Versorgung bereichern?
- Wie und bis wann lassen sich diese technisch umsetzen?
- Wie erfolgt die Integration in die Strukturen und Prozesse der Diabetesversorgung?
- Wie werden analoge und digitale Umsetzungen verzahnt?
- Wie sieht der Zugang von Patienten und Ärzten zu den digitalen Elementen des digitalen DMP aus?

4.4.4.5.2	Hypertriglyceridämie (V 1.5.X.2)	65
4.4.4.5.3	Statintherapie (V1.5.X.3)	67
4.4.4.6	Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung (V1.5.5)	69
4.4.4.7	Autoimmunerkrankungen (V1.5.6)	71
4.4.4.8	Weitere Begleit- und Folgeerkrankungen (V1.5.Y)	72
4.4.5	Schwangerschaft bei Diabetes mellitus Typ 1 (V1.6)	74
4.4.6	Behandlung von Kindern und Jugendlichen (V1.7)	79
4.4.6.1	Therapieziele (V1.7.1)	79
4.4.6.2	Therapie (V1.7.2)	80
4.4.6.3	Schulung (V1.7.3)	82
4.4.6.4	Psychosoziale Betreuung (V1.7.4)	83
4.4.6.5	Ausschluss von Folgeschäden und assoziierten Erkrankungen (V1.7.5)	84
4.4.7	Kooperation der Versorgungssektoren (V1.8)	87
4.4.7.1	Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (V1.8.1)	88
4.4.7.2	Überweisung von der koordinierenden Ärztin, vom koordinierenden Arzt oder von der koordinierenden Einrichtung zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur jeweils qualifizierten Einrichtung (V1.8.2)	90
4.4.7.3	Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung (V1.8.3)	93
4.4.7.4	Veranlassung einer Rehabilitation (V1.8.4)	95
4.4.8	Schulungen (V4)	96
4.4.8.1	Schulungen der Leistungserbringer (V4.1)	96
4.4.8.2	Schulungen der Versicherten (V4.2)	96
4.4.8.2.1	Schulungen der Versicherten (V4.2.1)	96
4.4.8.2.2	Schulungen der Versicherten (V4.2.2)	99
4.4.9	Digitale medizinische Anwendungen (V.X)	99

Versorgung

Technik

Stärken und Schwächen der bestehenden DMP
Diabetes

WS-1

SWOT

Chancen und Risiken von Digitalisierung im
Gesundheitswesen

Digitale Bausteine

Bestandsaufnahme: Nationale eHealth
Infrastruktur 2024/2026/2028/2030

Anknüpfungspunkte für digitale Umsetzungen

WS-2

Steuerpunkte

Digitale Umsetzungen

Konsolidierung des digitalen Optionsraums

Integration in Versorgungsstrukturen

WS-3

Eskalationshierarchien

Steuerpunkt

Wie kann die leitlinien-
konforme Terminfrequenz
des Retinopathie-Screenings
für Patient Mustermann
abgesichert werden?



Umsetzungsoptionen

Der Arzt fragt im
Quartalstermin nach, ob der
Patient beim Augenarzt war.

Die Praxis bucht einen Termin
über den **116117-Dienst der KBV**.

Die Praxis sendet alle 4
Wochen eine TIM-Push-
Nachricht an den
Patienten.

Wenn nach 6 Wochen kein
Augenarztbefund in der ePA erscheint,
schickt der Arzt per **TI-Messenger** eine
Erinnerung an den Patienten

Die Praxis fragt per **Chat-Funktion
des TI-Messengers** beim Patienten
nach, ob ein Termin beim
Augenarzt gemacht wurde.

Die Praxis ruft alle 4
Wochen beim Patienten an,
ob ein Termin beim
Augenarzt gemacht wurde.

Wenn bei der Krankenkasse über 8
Quartale hinweg keine Abrechnung
des Augenarztes auftaucht, ruft die
Kasse den koord. Arzt an.

Die Kasse schickt
regelmäßig Infomaterial zu
Folgeerkrankungen an den
Patienten.

Steuerpunkt

Eskalationshierarchie

Wie kann die leitlinien-
konforme Terminfrequenz
des Retinopathie-Screenings
für Patient Mustermann
abgesichert werden?



Der Arzt fragt im Quartalstermin nach, ob der Patient beim Augenarzt war.

Wenn nach 6 Wochen kein Augenarztbefund in der ePA erscheint, schickt der Arzt per **TI-Messenger** eine Erinnerung an den Patienten

Die Praxis fragt per Telefon oder **Chat-Funktion des TI-Messengers** alle 4 Wochen nach, ob ein Termin beim Augenarzt gemacht wurde.

Die Praxis bucht einen Termin über den **116117-Dienst der KBV**. Der Dienst sendet regelmäßig Erinnerungen an den Patienten.

Versorgung

SWOT:
DMP x Digitalisierung

Technik

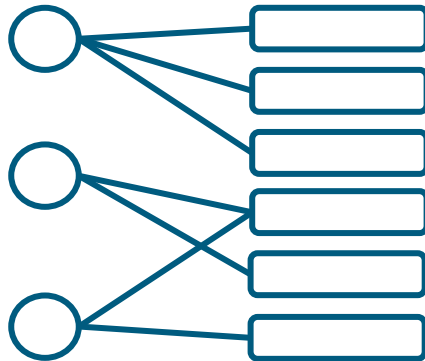
(Digitale)
Unterstützungs-
optionen

Steuerpunkte

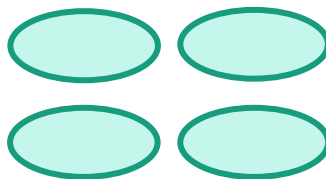
Leitlinien

Good
Practice

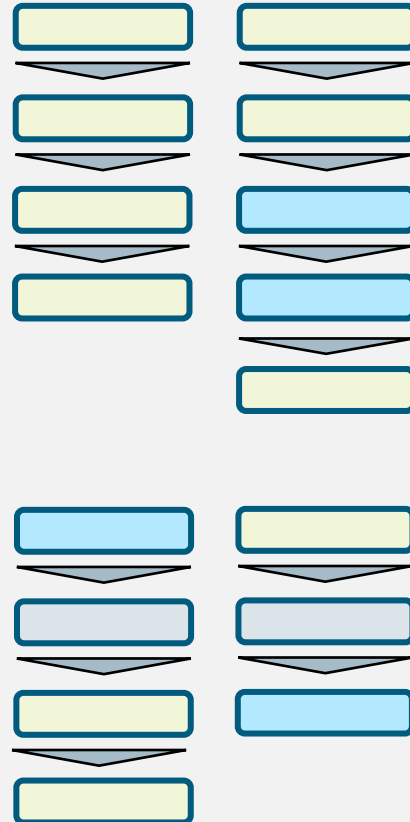
Studien



Fallgruppen



Digitale Umsetzungen in
Eskalationshierarchien



Digitale Umsetzungen und
zugrundeliegende Dienste

	2026	2028	2030
ePA
TIM
KIM
...

Regulatorik

Roadmaps

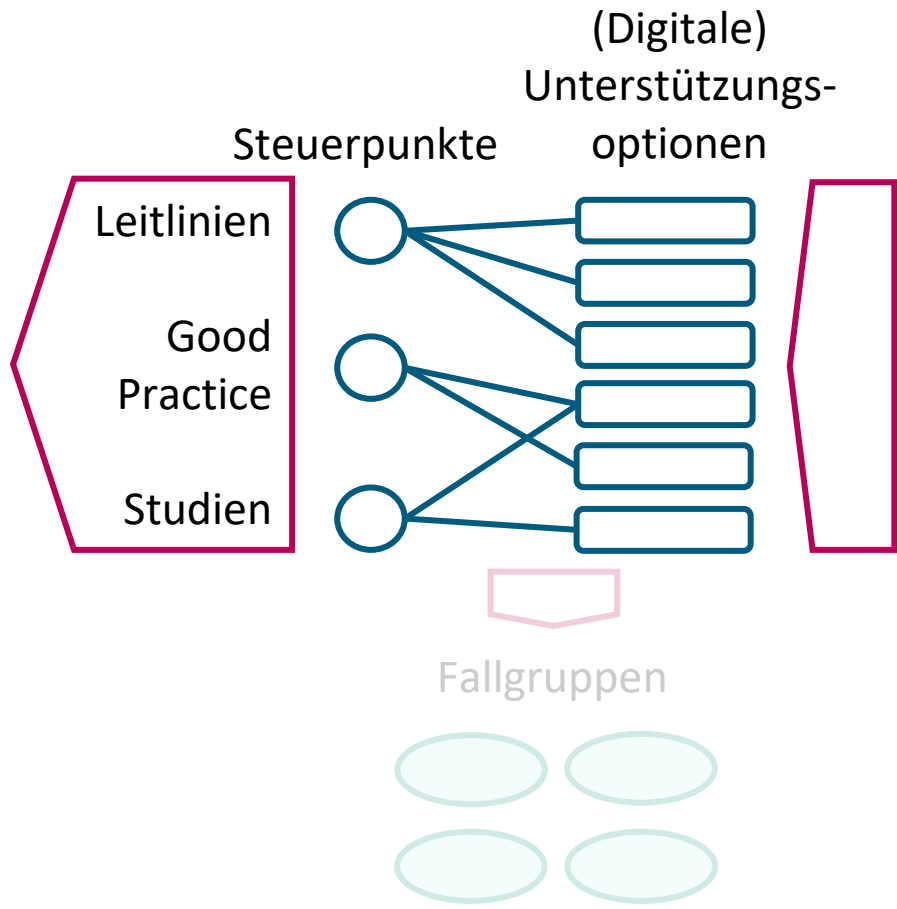
FuE

Ablaufsequenzen

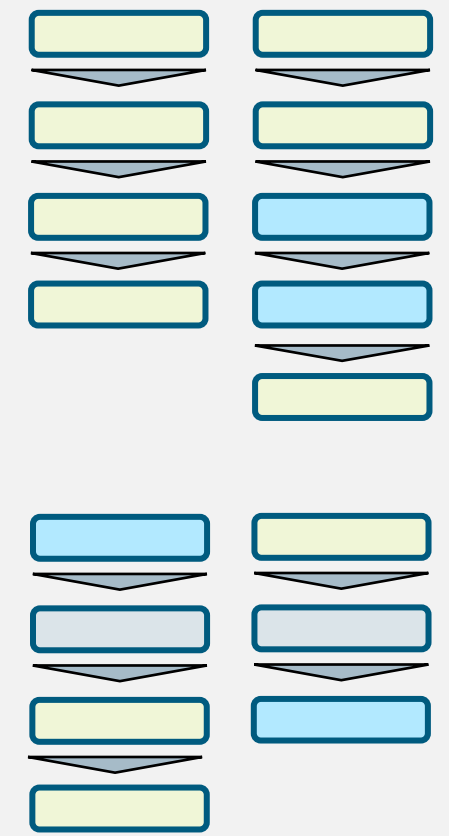
- 2026 ePA + TIM
- 2026 DiGA + KIM + PVS
- 2030 DiGA + ePA + 116117
- ...



SWOT:
DMP vs Digitalisierung

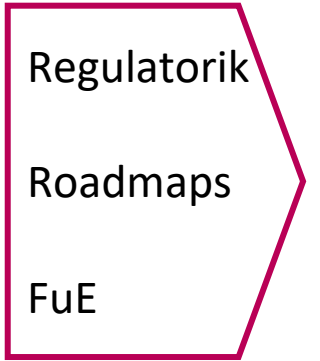


Digitale Umsetzungen in Eskalationshierarchien

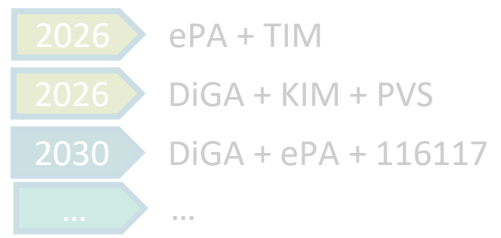


Digitale Bausteine

	2026	2028	2030
ePA
TIM
KIM
...



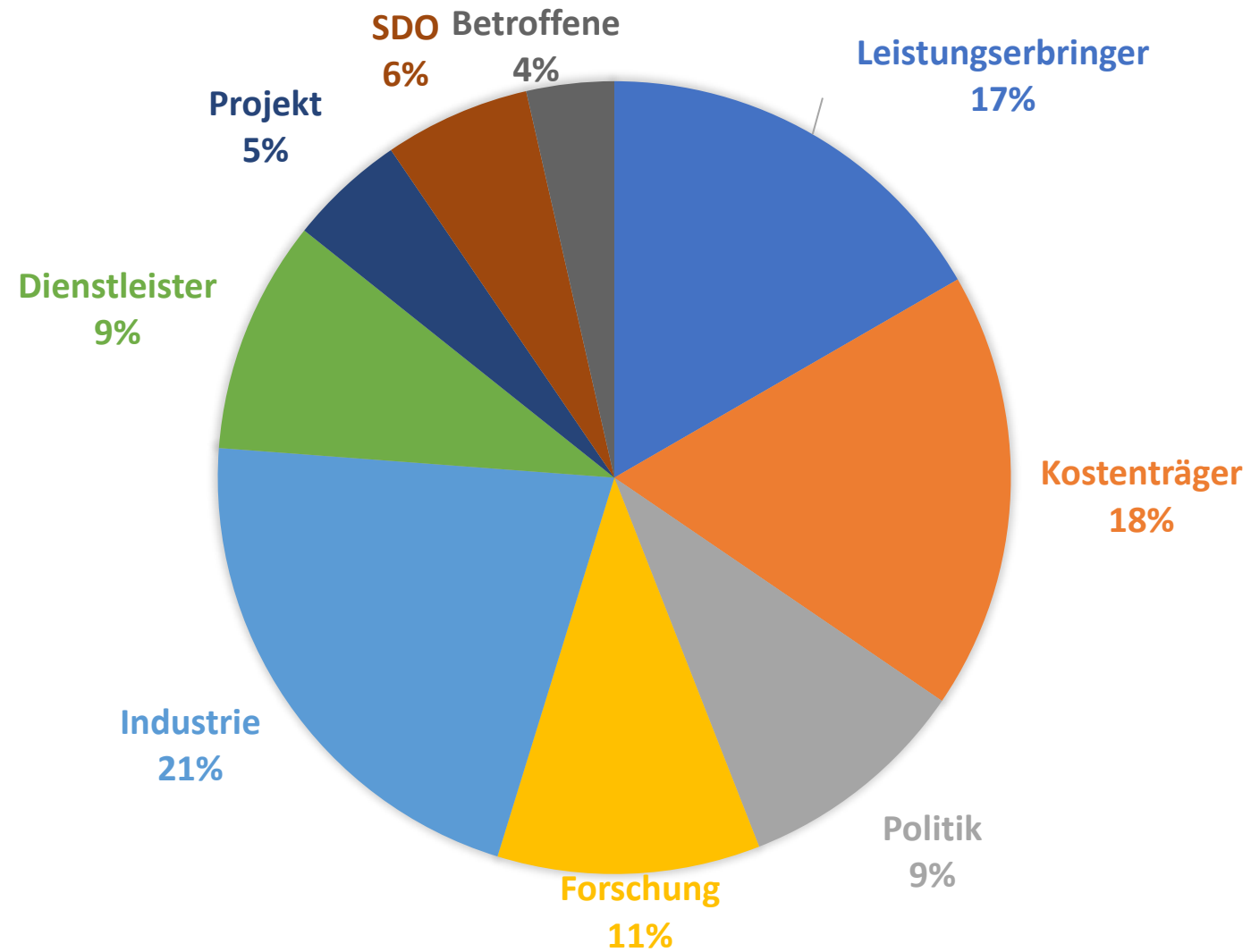
Ablaufsequenzen



Workshops

Workshop „digitales DMP Diabetes“

WS-1: 74 Teilnehmer



Workshop „digitales DMP Diabetes“ Poster (Beispiele)

DiGA.Pro **Fraunhofer FOKUS** **fbeta**

Bausteine für ein digitales DMP

(digitaler) Baustein	Beschreibung	Einsatz im digitalen DMP
Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA)	„Primärsystem“ für Patientinnen und Patienten	
Kassen-App	Bonusprogramme, Vorsorge-Erinnerungen etc.	
Online-Geschäftsstelle	Zugang zu Verwaltungsdiensten, Abruf von Bescheinigungen etc.	
Elektronische Patientenakte	Austausch von Dokumenten zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Patienten	
Kommunikation im Medizinwesen (KIM)	E-Mail-Kommunikation zwischen Leistungserbringern	
TI-Messenger (TIM)	Chat zwischen Ärzten sowie zwischen Ärzten und Patienten	
eRezept-Server	Einstellen und Einlösen von eRezepten	
Videosprechstunde	Online-Behandlung	
Videokonsil	Austausch zwischen Ärzten	
Medikationsplan	Unterstützung der Medikamenteneinnahme; AMTS-Unterstützung	
Patientenkurzakte	Zusammenfassung relevanter medizinischer Daten	
Insulinpumpe / SmartPen (incl. App)	Gesteuerte Abgabe von Insulin	
CGM / Glucometer (incl. App)	Messung des Blutzuckerspiegels	
PVS / AIS / KIS	Primärsysteme der Leistungserbringer	
Web-Arzt-Portal des KV-Systems	Dienste der KVen für Ärzte und Psychotherapeuten	
Online-Terminbuchung	Dienste rund um den Arztbesuch	
Terminvermittlung (KV-System)	116117, § 370a SGB V etc.	
Diabetes-Tagebuch	Erfassung von Daten am und durch den Patienten; Visualisierung; Auswertung	
Diabetiker-Pass	Zusammenfassung individueller Daten zum Diabetes	
Therapieplan	Vorgaben zu Basalrate, Bolusberechnung etc.	
Ernährungsplan	Vorgaben zur individuellen Diät	

„Gewinnen, die nicht digital? Bausteine, die digitale Bausteine auf diese Weise verbinden, sind die besten.“

DiGA.Pro **Fraunhofer FOKUS** **fbeta**

DiGA als DMP-Plattform

[...] digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGA/DiPA), telemedizinische/-pflegerische Lösungen, digitale Hilfsmittel und digitale wohnfeldverbessernde Maßnahmen werden im Sinne eines interoperablen, digital unterstützten Gesundheits- und Pflegewesens stärker vernetzt.

DiGA können zukünftig auch **umfassendere telemedizinische Versorgungskonzepte** unter Einbeziehung von Ärztinnen und Ärzten **abbilden**.

Wir **weiten DiGA auf nutzenstiftende Medizinprodukte der Risikoklasse 2b** aus.

Sicherer Austausch strukturierter Dokumente zwischen DiGA und Leistungserbringern (z. B. Diabetes-Tagebuch)

ab 01/24: DiGA kann Daten in die ePA schreiben
zukünftig: DiGA kann auch Daten aus der ePA lesen

DiGA nutzen Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten (z. B. CGMs und Pods) für die Versorgung

ab 07/25: Aus Mitteln der GKV finanzierte Hilfsmittel und Implantate stellen ihre erhobenen Daten für DiGA bereit (on-demand, zeitgesteuert etc.)

DiGA.Pro **Fraunhofer FOKUS** **fbeta**

Benchmarking (am Beispiel der Mustervorlagen des ZI)

6 Patienten mit Herzinfarkt, die keine Statine erhalten und Patienten mit metabolischem Risikofaktoren, die keine TAI erhalten

Erreichen der vertraglichen Qualitätsziele

Verlauf der Blutzucker Einstellung bei Patienten mit arterieller Hypertonie und einem systolischem Blutdruck > 150 mmHg vor drei Jahren

Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (<https://www.zi-dmp.de/DMP/Feedbackberichte.aspx>)

miro | dDMP Steuerpunkte (offen) |

Agenda

Impulsvorträge

Einführung zu Steuer...

Steuerpunkte (komplette Liste)

Workshop Steuerpunkte Plenum

Übergreifende Erke...

Workshop Steuerpunkte Gruppe BLAU

4% 2/8 ?

Bestandsaufnahme

Strukturierte Versorgung im DMP

Alle DMP verfolgen eine ähnliche „Strategie“, die auf einigen wenigen grundsätzlichen Prinzipien aufsetzt [KBV (2024)]:

- Koordination der Versorgung durch ein Praxisteam („koordinierender Arzt“)
- Förderung der Kooperation aller Beteiligten, durch klare Definition der Schnittstellen in die fachärztliche und stationäre Versorgung
- Differenzierte, individuelle Therapieplanung unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten („partizipative Entscheidungsfindung“)
- leitliniengerechte nicht-medikamentöse und medikamentöse Behandlung, die im Fall des DMP Diabetes eine Eskalation von Lebensstilveränderungen über orale Medikation bis zu verschiedenen Intensitätsstufen der Insulintherapie umfasst
- Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten durch strukturierte Schulungen.

Leitlinien

- S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes (Federführung: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG))
- Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes (Federführung: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)
- S3-Leitlinie Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter (Federführung: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG))
- S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter (Federführung: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG))
- S2e-Leitlinie Diabetes in der Schwangerschaft (Federführung: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG))
- S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie, Nachsorge (Federführung: Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG))
- S3-Leitlinien Multimorbidität - Living Guideline (Federführung: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM))

DMP-A-RL

Die Anlage-1 der DMP-A-RL zu Diabetes Typ-2 legt fest

- welche **Zielbereiche** des HbA1c für welche Patientengruppen anzustreben sind,
- welche **Kontrolluntersuchungen** in welcher Frequenz durchzuführen sind,
- welche Aspekte des **Lebensstils** in der Basistherapie adressiert werden sollen,
- wie die Auswahl von **Wirkstoffen** in der medikamentösen Therapie erfolgen soll,
- welche Strategien beim Übergang zur **Insulintherapie** zu befolgen sind,
- wie die Prävention und Behandlung von **Folgeerkrankungen** auszugestalten ist,
- in welchen Fällen der koordinierende Arzt eine Überweisung zu einem **Facharzt** vornehmen soll und
- welche **Qualitätsziele** über welche Indikatoren erfasst und ausgewertet werden sollen.

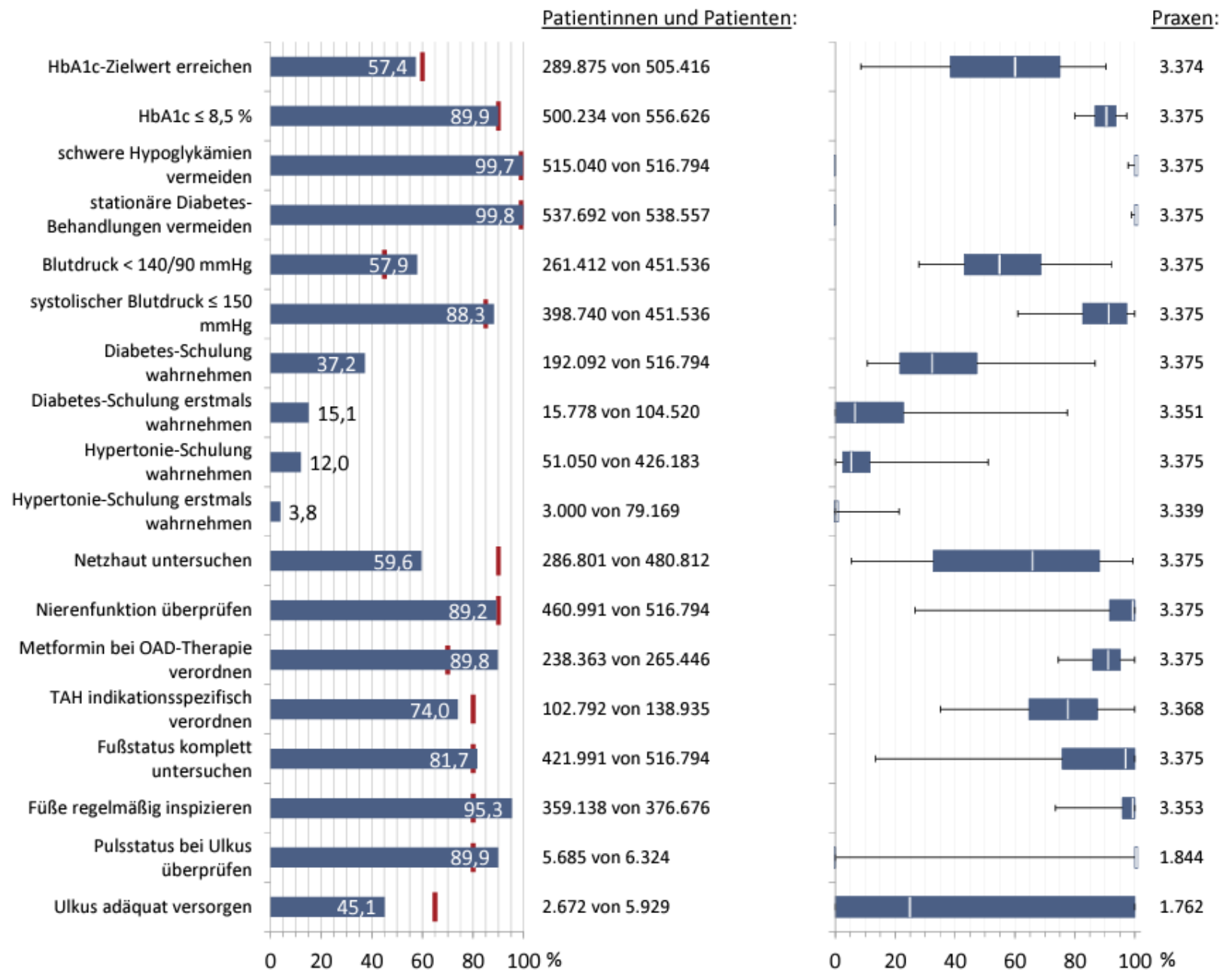
DMP-A-RL

Die Anlage-1 der DMP-A-RL zu Diabetes Typ-2 legt fest

- welche **Zielbereiche** des HbA1c für welche Patientengruppen anzustreben sind,
 - welche **Kontrolluntersuchungen** in welcher Frequenz durchzuführen sind,
 - welche Aspekte des **Lebensstils** in der Basistherapie adressiert werden sollen,
 - wie die Auswahl von **Wirkstoffen** in der medikamentösen Therapie erfolgen soll,
 - welche Strategien beim Übergang zur **Insulintherapie** zu befolgen sind,
 - wie die Prävention und Behandlung von **Folgeerkrankungen** auszugestalten ist,
 - in welchen Fällen der koordinierende Arzt eine Überweisung zu einem **Facharzt** vornehmen soll und
- welche **Qualitätsziele** über welche Indikatoren erfasst und ausgewertet werden sollen.

Steuerpunkte mit Handlungsoptionen, die explizite oder implizite Eskalationen abbilden

Qualitätssicherung im DMP (Beispiel KV WL)



Punktwerte, rote Linie = festgelegte Qualitätszielquote; Interquartilbereiche, weiße Linie = Median; blaue Balken = Wertebereich in 25 bis zu 75 Prozent der Praxen; Antennen = Wertebereich in fünf bis zu 95 Prozent der Praxen

Umsetzung im PVS (Beispiel: Tomedo)

(72185642255122433) DMP-Dokumentation vom 13.05.2019 für Patient Maxime Mustermann (441328)

Dokumentation vollständig nicht angemeldet nicht angemeldet nicht angemeldet Dokumentation unvollständig Dokumentation unvollständig nicht angemeldet

Stammdaten Diabetes Typ 1 Diabetes Typ 2 COPD **Asthma** KHK Brustkrebs

Ausfüllanleitung:

Erstdokumentation (Neu-/Wiedereinschreibung) Verlaufsdocumentation Verlaufsdocumentation nach Arztwechsel Verlaufsdocumentation bei andersweitig vorliegender Erstdokumentation

Begleiterkrankungen: Keine der genannten Erkrankungen AVK Fettstoffwechselstörung Arterielle Hypertonie Chronische Herzinsuffizienz COPD Diabetes mellitus

Relevante Ereignisse: Ungeplante, auch notfallmäßige (ambulant und stationär) ärztliche Behandlung wegen Asthma bronchiale seit der letzten Dokumentation (Anzahl)

Schulung: Asthma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation) Ja Nein
Asthma-Schulung schon vor Einschreibung in DMP bereits wahrgenommen Ja Nein
Empfohlene Schulung wahrgenommen: Asthma-Schulung

Anamnese und Befund: Körpergröße m, Körpergewicht kg, Blutdruck sys dia mmHg, Raucher Ja Nein, Aktueller FEV1-Wert Nicht durchgeführt % des Soll-Wertes, In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber , In den letzten 4 Wochen: Häufigkeit des Einsatzes

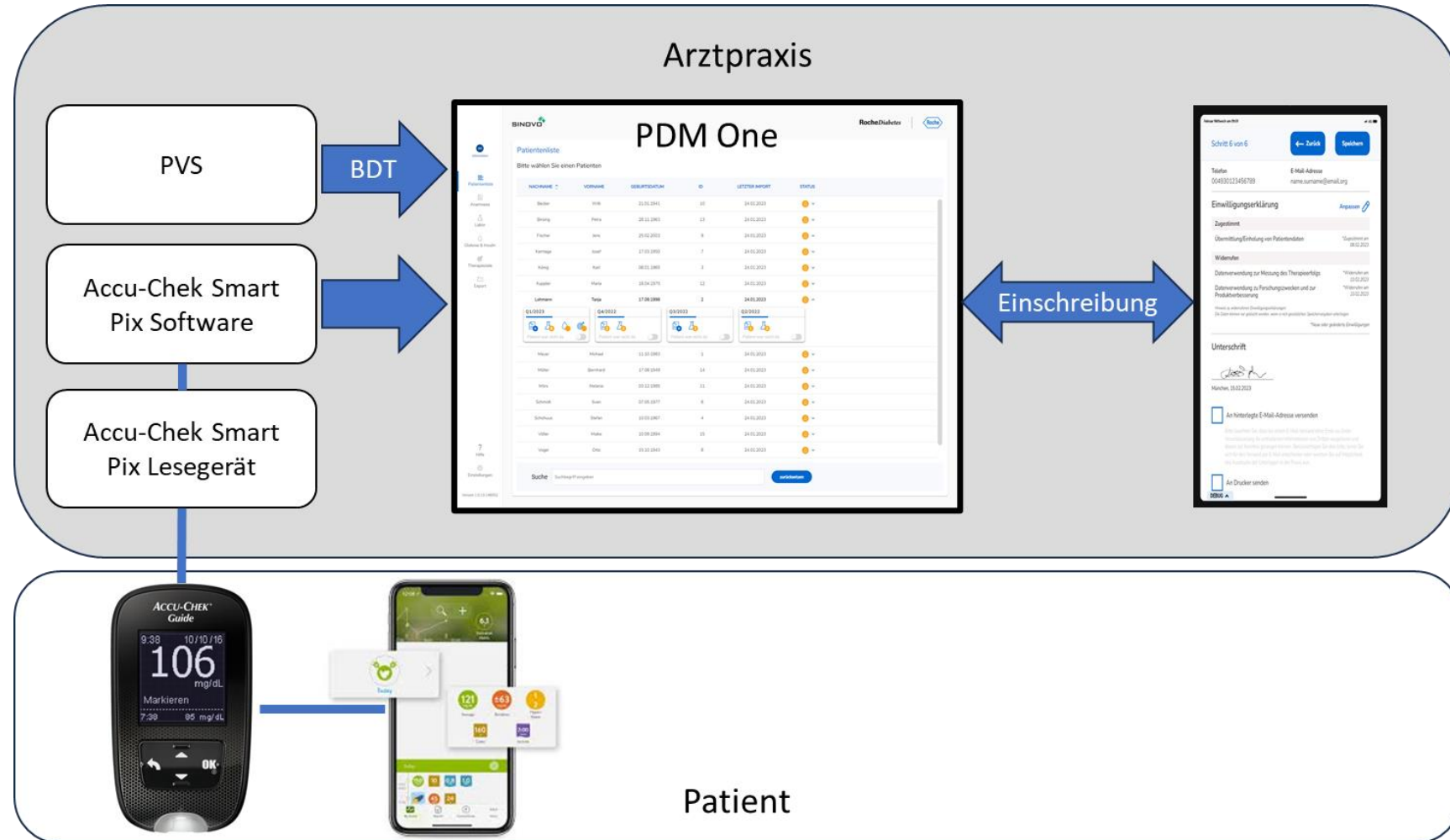
Medikamente:

	Keine	Kontra	Bedarf	Dauer
Inhalative Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systemische Glukokortikosteroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige asthma-spezifische Medikation	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Leukotrien-Rezeptor-		

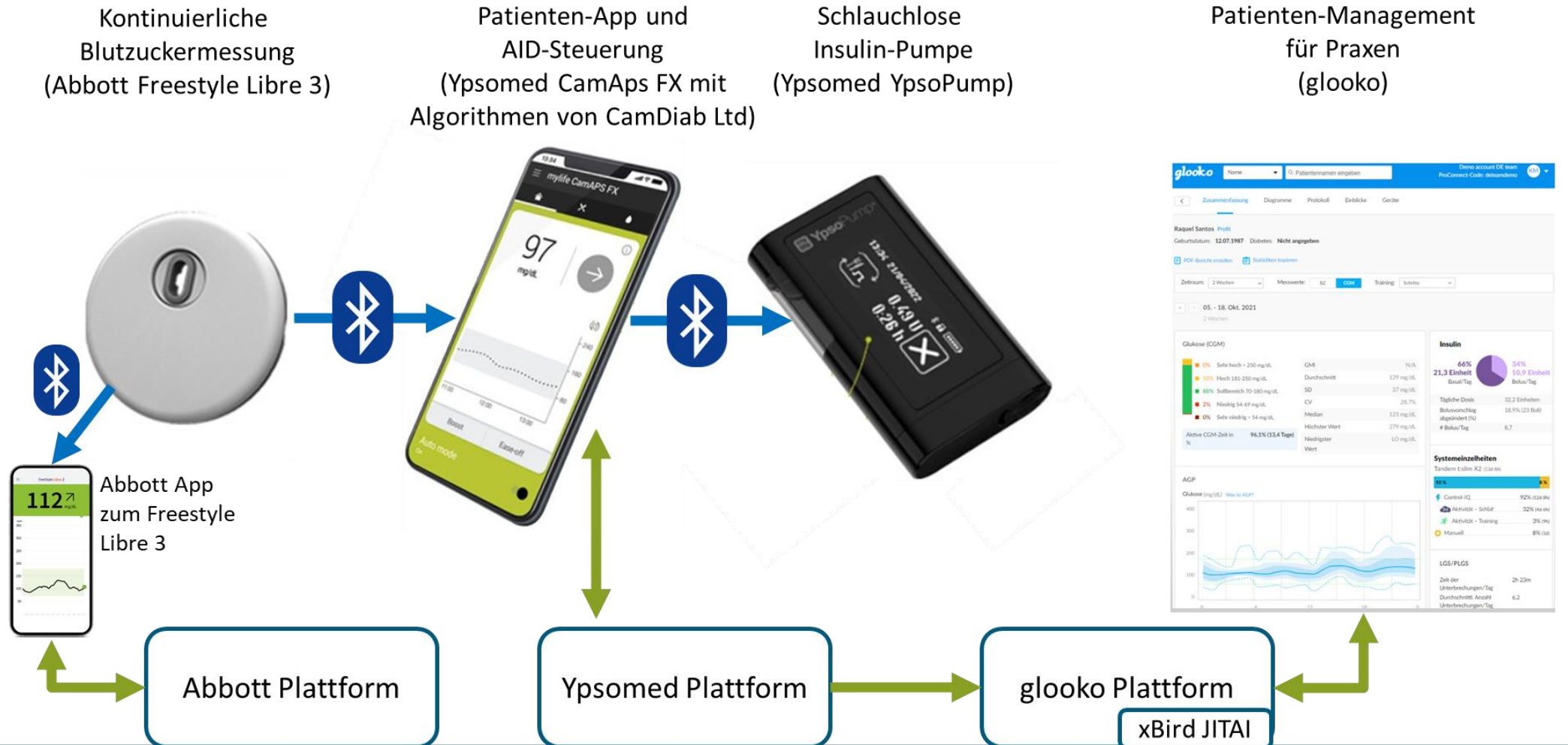
Behandlungsplan: Vom Patienten gewünschte Informationsangebote der Krankenkasse Tabakverzicht Ernährungsberatung Körperliches Training
Schriftlicher Selbstmanagementplan Ja Nein
Therapieanpassung: Steigerung der Medikation Verbesserung der Anwendung der Medikation Reduktion der Medikation Keine

Asthma: Eine Angabe zur Häufigkeit von Asthma-Symptomen tagsüber ist notwendig.
Asthma: Eine Angabe zur Häufigkeit des Einsatzes der Bedarfsmedikation ist notwendig.
Asthma: FEV1-Prozent: Muss gefüllt sein (Pflichtfeld).
Asthma: Keine Angabe zu Inhalative Glukokortikosteroide gefunden.
Asthma: Keine Angabe zu Inhalative lang wirksame Beta-2-Sympathomimetika gefunden.
Asthma: Keine Angabe zu Kurz wirksame inhalative Beta-2-Sympathomimetika gefunden.
Asthma: Keine Angabe zu Systemische Glukokortikosteroide gefunden.

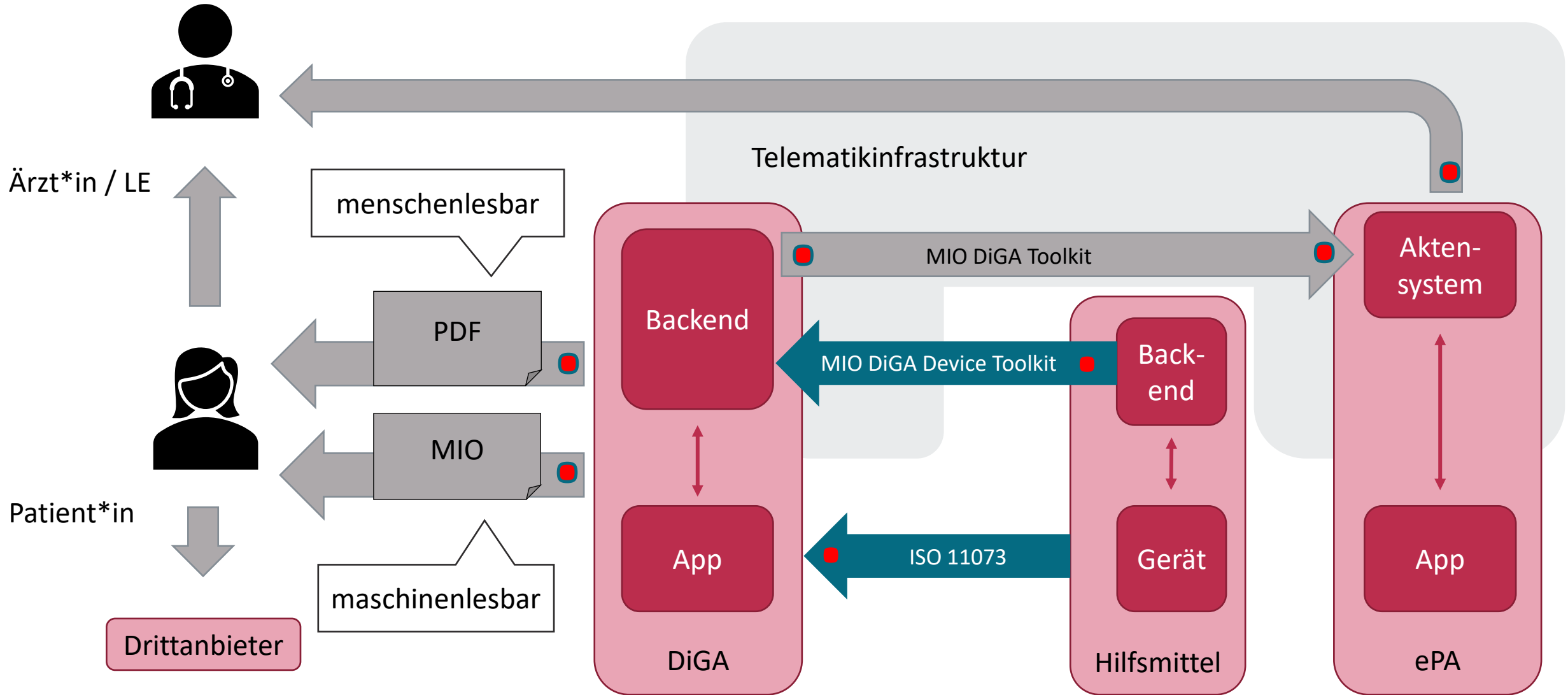
Diabetes-Managementsystem (Beispiel: PDM One von Roche Diabetes Care)



Herstellerspezifische Ökosysteme (Beispiel: Abbott, Ypsomed, glooko)



Interoperabilitätsvorgaben für DiGA



● = Implementierungsverpflichtung; Die Richtungen der Pfeile geben die Richtung des Datenflusses an

Potenziale und Herausforderungen

Versorgung

Technik

Stärken und Schwächen der bestehenden DMP
Diabetes

WS-1

SWOT

Chancen und Risiken von Digitalisierung im
Gesundheitswesen

Digitale Bausteine

Bestandsaufnahme: Nationale eHealth
Infrastruktur 2024/2026/2028/2030

Anknüpfungspunkte für digitale Umsetzungen

WS-2

Steuerpunkte

Digitale Umsetzungen

Konsolidierung des digitalen Optionsraums

Integration in Versorgungsstrukturen

WS-3

Eskalationshierarchien

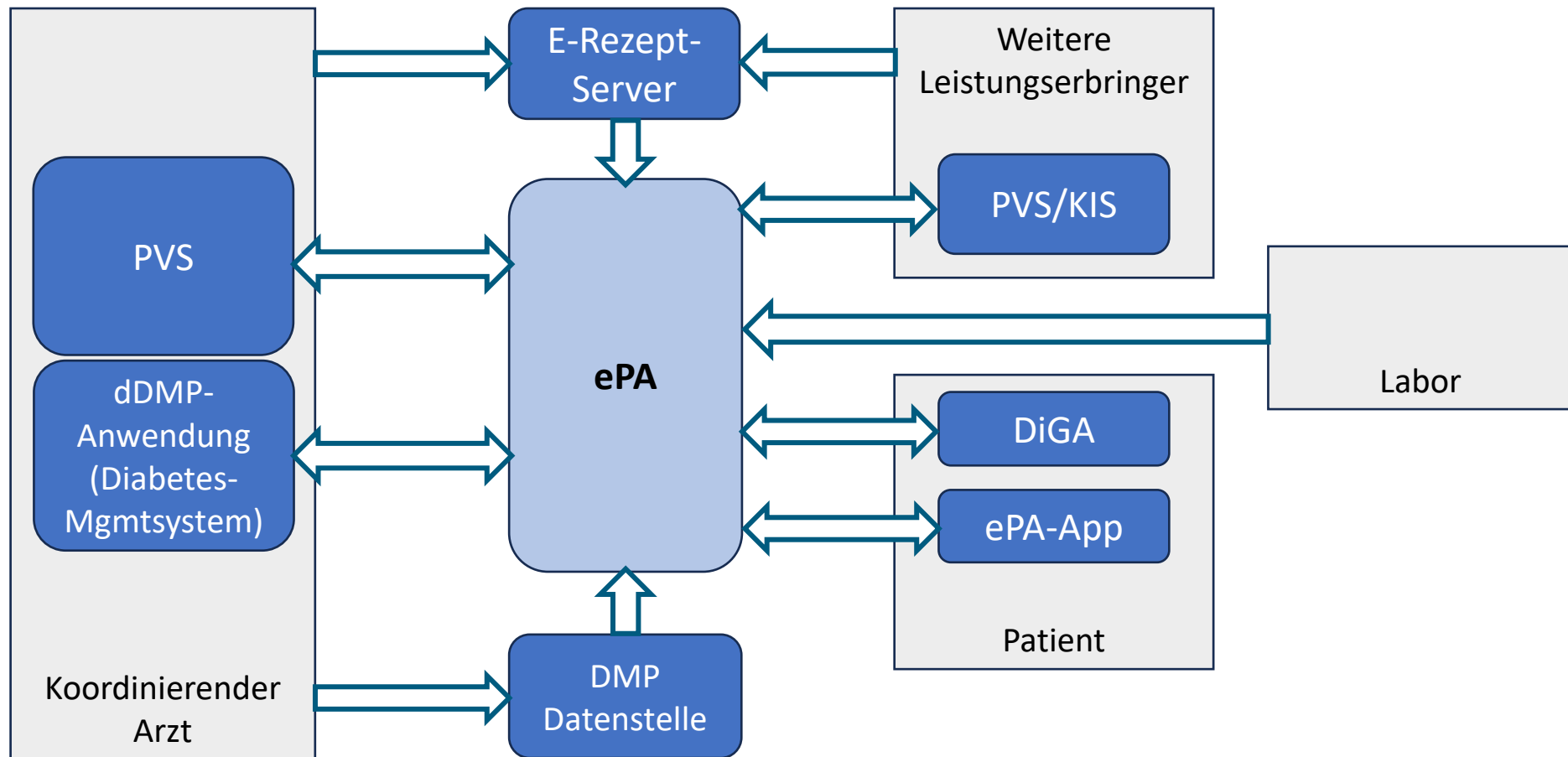
SWOT Analyse

SWOT		DMP Diabetes	
		Stärken	Schwächen
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		DMP Diabetes	
		Stärken	Schwächen
digitale Versorgung	Chancen	<ul style="list-style-type: none"> • standardisierte Versorgung = standardisierte IT = Flexible Rollenbesetzung • standardisierte Dokumentation als Basis für IOP und datenbasierte Medizin • personalisierter Gesundheitspass Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenverfügbarkeit verbessern = Versorgung flexibilisieren und Reaktionszeiten verkürzen • durch Digitalisierung „näher am Patienten sein“ (Präferenzen, Feedback, etc.) • engere Betreuung durch asynchrone Kommunikation
	Risiken	<ul style="list-style-type: none"> • „Struktur“ darf nicht durch Ansammlung digitaler Tools verschwimmen • Rolle des Koordinierenden Arztes darf nicht geschwächt werden • Abhängigkeit von Netzwerk- und Skaleneffekten vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> • mangelnde PVS-Unterstützung schafft nur neue Probleme • weder deutsche Gesundheits-IT noch DMP können aus sich heraus Datenaustausch zwischen Akteuren • dDMP darf nicht nur in sich interoperabel sein • Entscheidungsunterstützung => Medizinprodukt

Herstellung von Offenheit und Interoperabilität



Dr. Jörg Caumanns // _fbeta GmbH

Digitales DMP Diabetes

Digitale Umsetzungen und Steuerpunkte

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Versorgung

Technik

Stärken und Schwächen der bestehenden DMP Diabetes

WS-1

SWOT

Chancen und Risiken von Digitalisierung im Gesundheitswesen

Digitale Bausteine

Bestandsaufnahme: Nationale eHealth Infrastruktur 2024/2026/2028/2030

Anknüpfungspunkte für digitale Umsetzungen

WS-2

Steuerpunkte

Digitale Umsetzungen

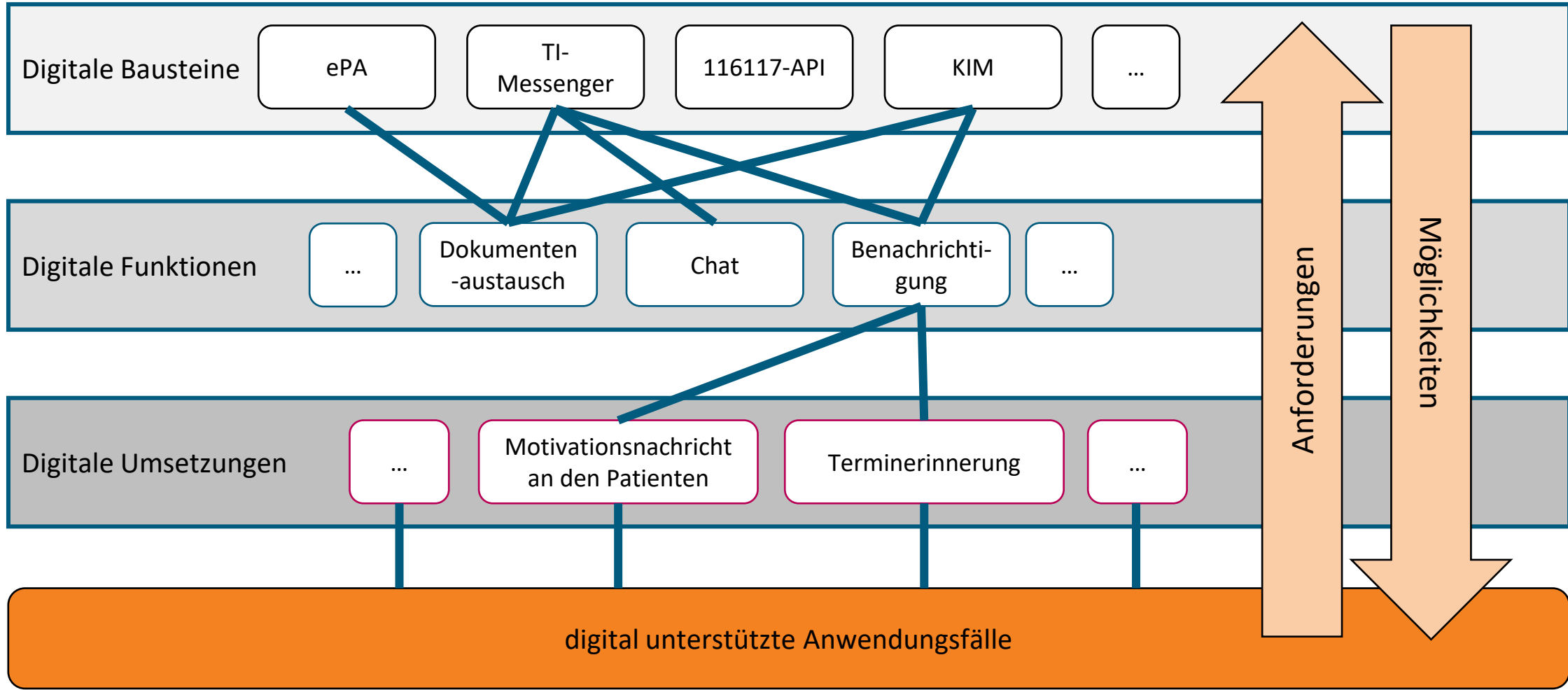
Konsolidierung des digitalen Optionsraums

Integration in Versorgungsstrukturen

WS-3

Eskalationshierarchien

Digitale Bausteine



Was kommt wann?

ePA 3.x // 2026 PVS: Lesen, Schreiben, Löschen von Dokumenten im XDS-Store	ePA 3.x // 2026 DiGA: (pseudonymes) Schreiben von strukturierten Daten (DiGA MIO) in die ePA	ePA 3.x // 2028 ? dDMP MIO: Umsetzung als Anwendung im FHIR-Store	ePA 3.x // 2028 ? Anlegen von Befugnissen durch regulierte Anwendungen (in telemedizinischen Kontexten)	ePA 3.x // 2030 ? DiGA/PVS: Benachrichtigung bei Änderungen an einem Dokument im FHIR Store
ePA 3.x // 2026 LE: Regelmäßiges Einstellen von Arzt- und Entlassbriefen sowie Befunden (Labor, Bilder) in die ePA	ePA 3.x // 2026 ePA-App: Einstellen und Abrufen von Dokumenten im XDS-Store	ePA 3.x // 2028 Labordaten: Austausch von Labordaten über die ePA		
ePA 3.x // 2026 DiGA: (pseudonymes) Schreiben von menschenlesbaren Reports in die ePA	ePA 3.x // 2026 ePA-App: Integration von FdV, TIM und eRezept-Client	ePA 3.x // 2028 FdV: Benachrichtigung von Versicherten bei neuen Dokumenten		

DiGA // 2026 KIM: Austausch von Nachrichten mit Ärzten und Kassen über DiGA	DiGA // 2026 TIM: Integration TIM-Client; Empfang von Benachrichtigungen; Chat zwischen Arzt und Patient	DiGA // 2028 dDMP MIO: Anlegen und Ergänzen durch DiGA	DiGA // 2028 TIM: Voice- und Video-Calls mit Ärzten aus der DiGA heraus	DiGA // 2030 ePA 3.x: Lesen von Dokumenten aus der ePA (incl. Laborbefund)	DiGA // 2030 ? Telemedizin/PVS/TIM: Senden von Alerts aus DiGA an IT-Systeme der Ärzte über TIM M2M
DiGA // 2026 KIM, VZD: Auffinden der KIM-Endpunkte aller Ärzte durch DiGA	DiGA // 2026 eID: Identifizierung und Authentifizierung per GesundheitsID	DiGA // 2028 ? Labordaten: Einstellen von Laborbefunden mit Daten aus Hilfsmitteln (zB %TIR)	DiGA // 2028 ? ePA 3.x: Anlegen von Befugnissen durch DiGA (in telemedizinischen Kontexten)	ePA // 2030 ? dDMP MIO: Schreiben, Lesen, Ergänzen und partielles Verarbeiten des dDMP MIO durch DiGA	DiGA // 2030 ? ePA 3.x: Empfangen von Benachrichtigungen bei Änderungen am dDMP MIO
DiGA // 2026 116117-API: Suchen und Buchen von Arztterminen (Video, F2F)	DiGA // 2026 116117-API: Suchen und Buchen von vertragsärztlichen telemedizinischen Leistungen	DiGA // 2028 ? KIM: Anfordern von Verordnungen über ein KIM Nachrichtenprofil	DiGA // 2028 Hilfsmittel: Abrufen von Daten aus Hilfsmitteln (§ 374a SGB V)	DiGA // 2030 eRezept: Abruf von Medikationsdaten vom eRezept-Server durch DiGA	

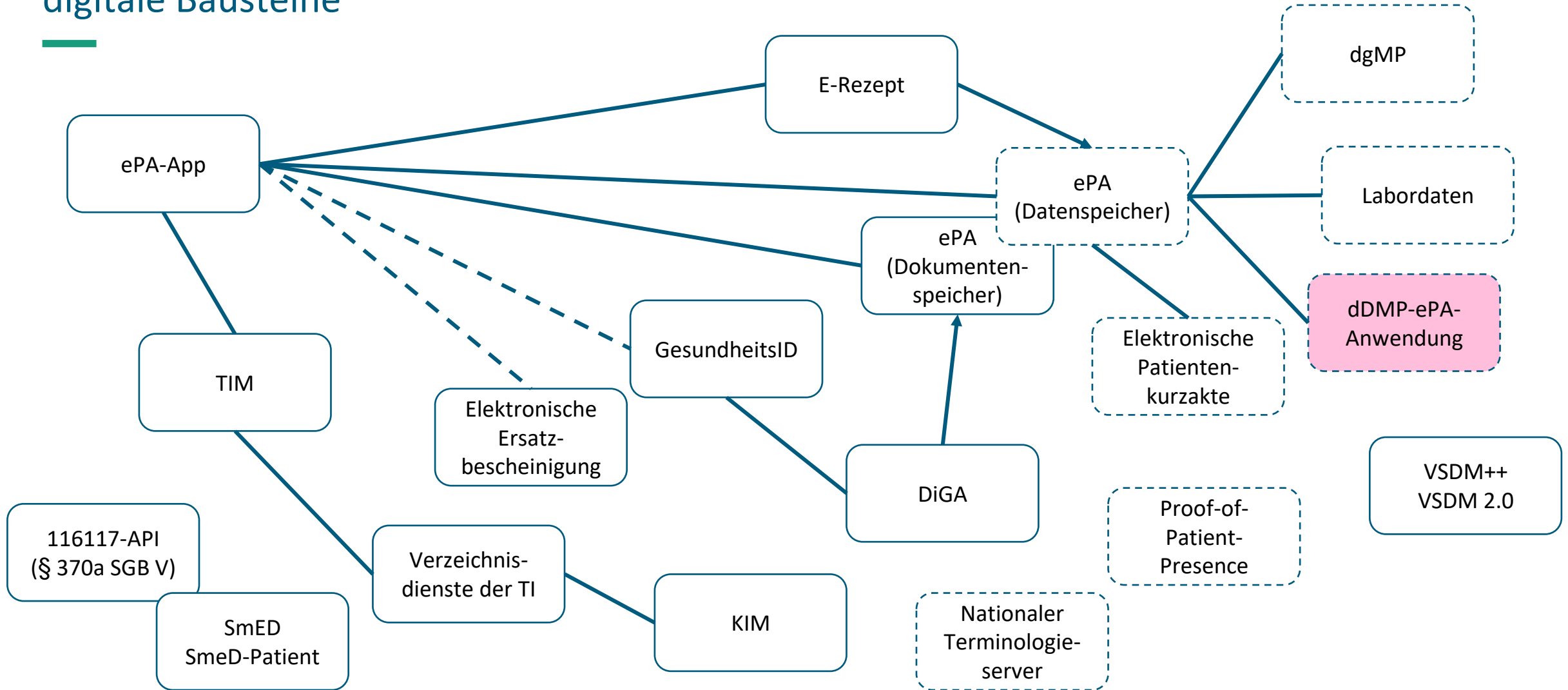
Digitale Funktionen am Beispiel TIM

2024	zwischen Leistungserbringern: <ul style="list-style-type: none">- Chat-Kommunikation (Text, Anhänge)- Push-Benachrichtigungen
2026	zwischen Leistungserbringern, zwischen Leistungserbringer und Patient, zwischen Kasse und Patient: <ul style="list-style-type: none">- Push-Benachrichtigungen (nur mit ePA-Client)- 1:1- und n:m-Chat-Kommunikation (Text, Anhänge)- Voice-over-IP Telefonie- Video-Call zwischen Patienten und Leistungserbringer über ePA-Client: <ul style="list-style-type: none">- Übermitteln von Referenzen auf Dokumente in der ePA („DeepLinks“)
2028	-
2030	-

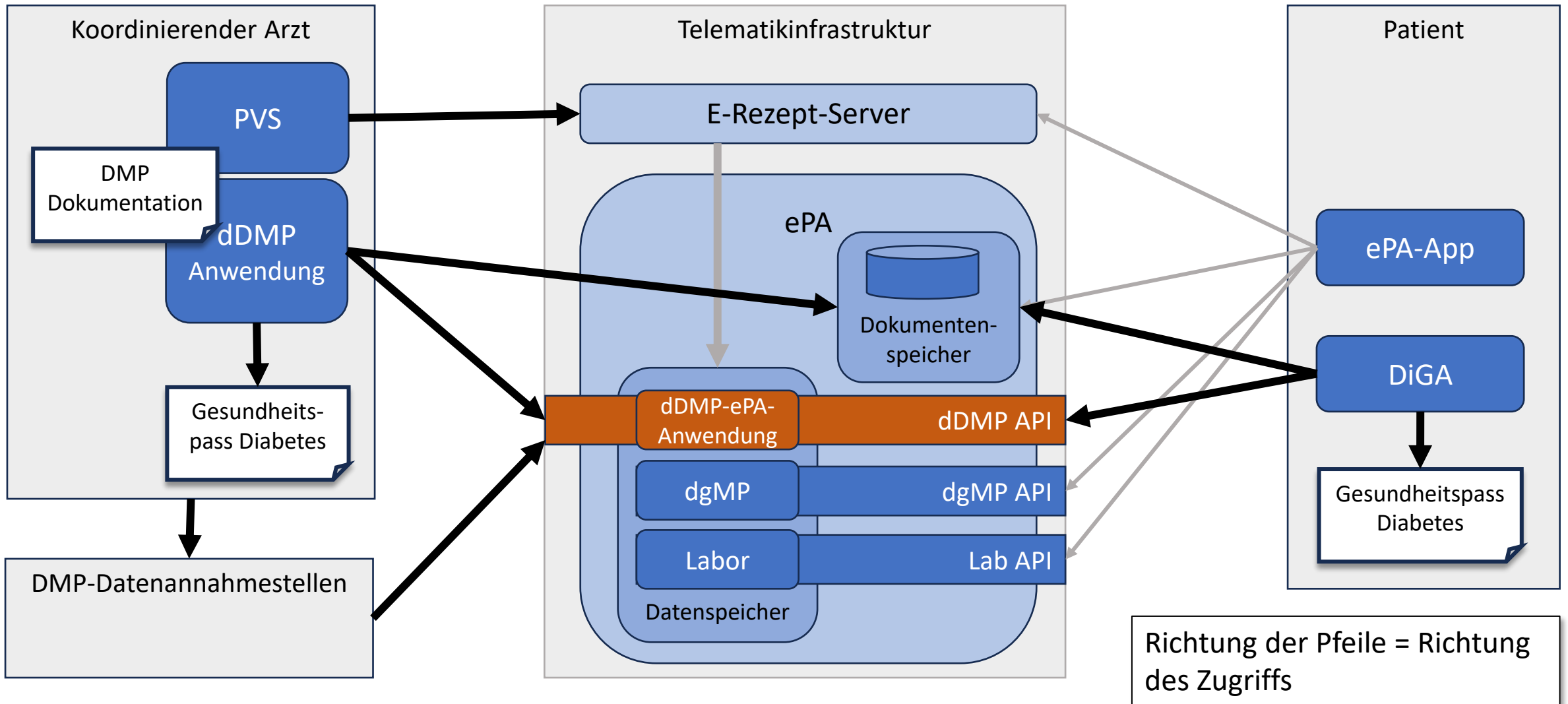
Digitale Funktionen am Beispiel ePA Dokumentenspeicher

2024	<ul style="list-style-type: none"> - Einstellen und Aktualisieren von Dokumenten (PDF, Bilder, MIOs) durch Leistungserbringer und Versicherte - Suchen und Abrufen von Dokumenten durch Leistungserbringer und Versicherte - Löschen von Dokumenten durch Versicherte - Einstellen von Dokumenten durch DiGA - Anzeige von Dokumenten (PDF, Bilder) in ePA-App und IT-Systemen der Ärzte - Einspielen von (aus Abrechnungsdaten erzeugten) Dokumenten in die ePA durch Krankenkassen - Explizite Steuerung der Sichtbarkeit von Dokumenten durch den Patienten - Benennen von Vertretern
2026	<ul style="list-style-type: none"> - Anzeige und Verarbeitung von Auszügen aus MIOs durch IT-Systeme der Ärzte - Implizite Vergabe von Befugnissen durch Eröffnen eines Behandlungskontextes - Ausspielen anonymisierter/pseudonymisierter Daten für die Forschung - Bereitstellen der Patientenkopie der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung - Bereitstellen von Kopien aller über die TI ausgetauschten Arztbriefe zu dem Versicherten - Anwendung „digital gestützter Medikationsprozess“ auf der ePA - Anwendung „Labordaten“ auf der ePA
2028	<ul style="list-style-type: none"> - Benachrichtigung des Versicherten über neu in seine ePA eingestellte Dokumente - Anwendung „digitales DMP“ auf der ePA (dDMP-ePA-Anwendung) - Erweiterte Suchfunktionen in Dokumenten (?)
2030	<ul style="list-style-type: none"> - Abrufen von Dokumenten aus der ePA durch DIGA

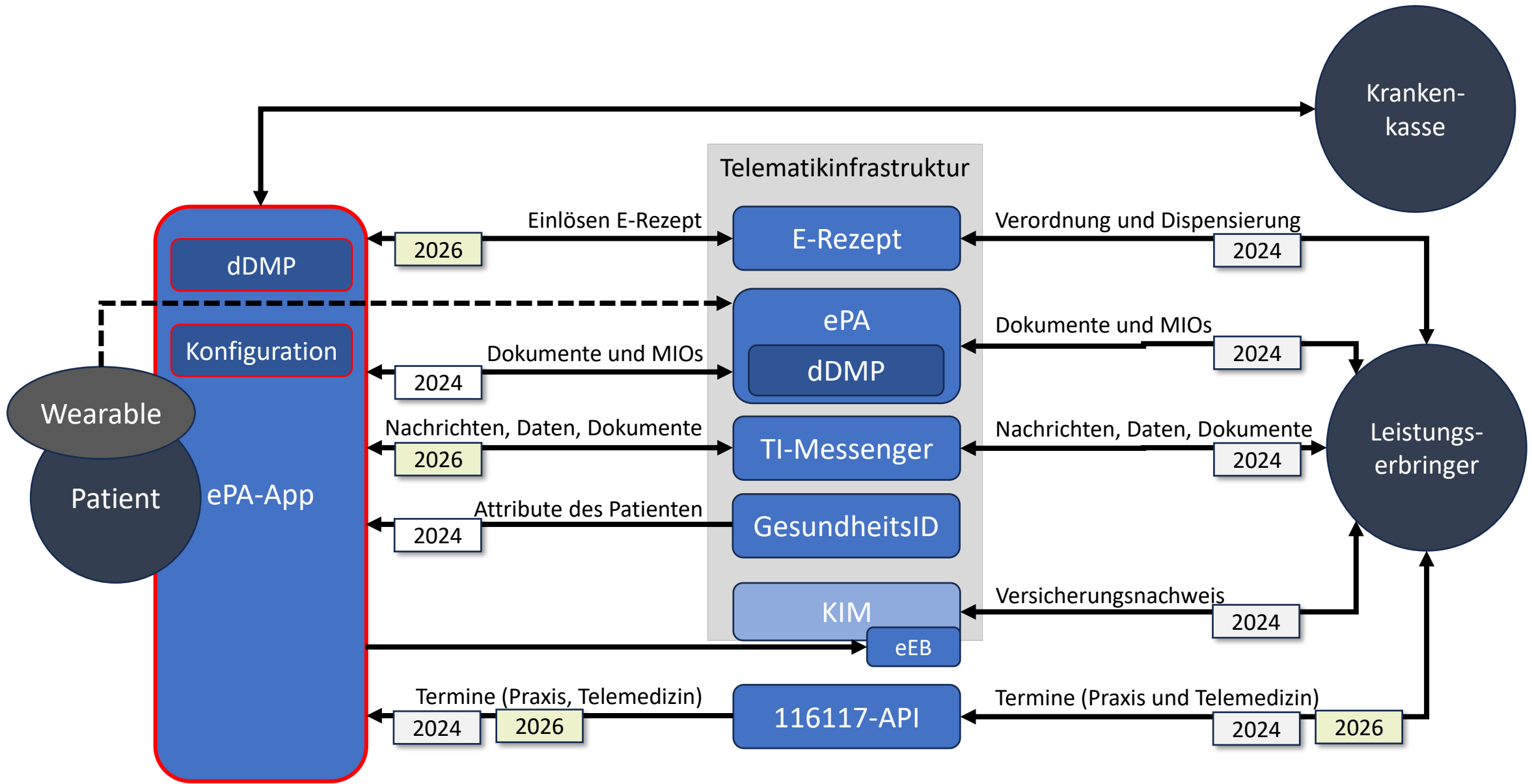
digitale Bausteine



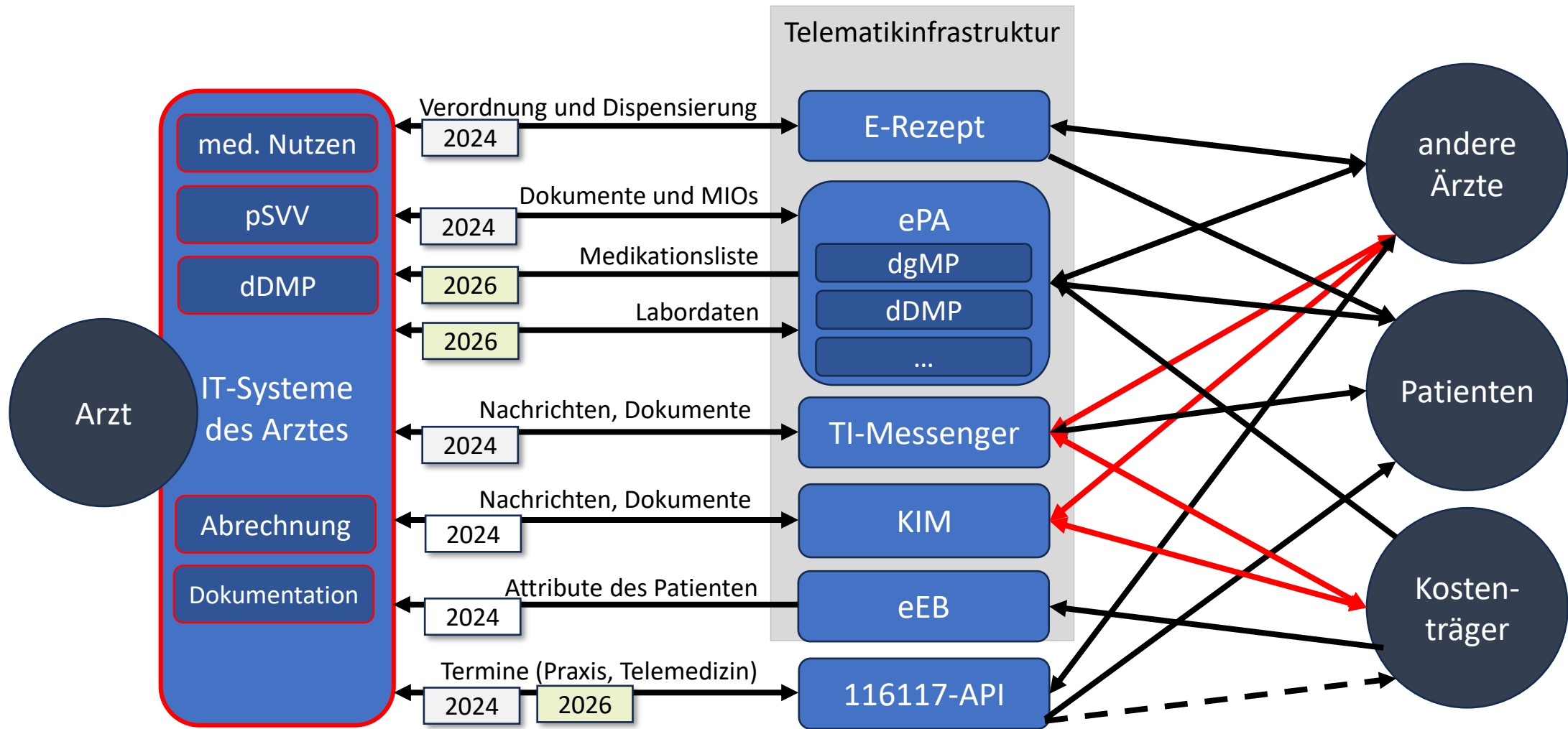
dDMP-ePA-Anwendung



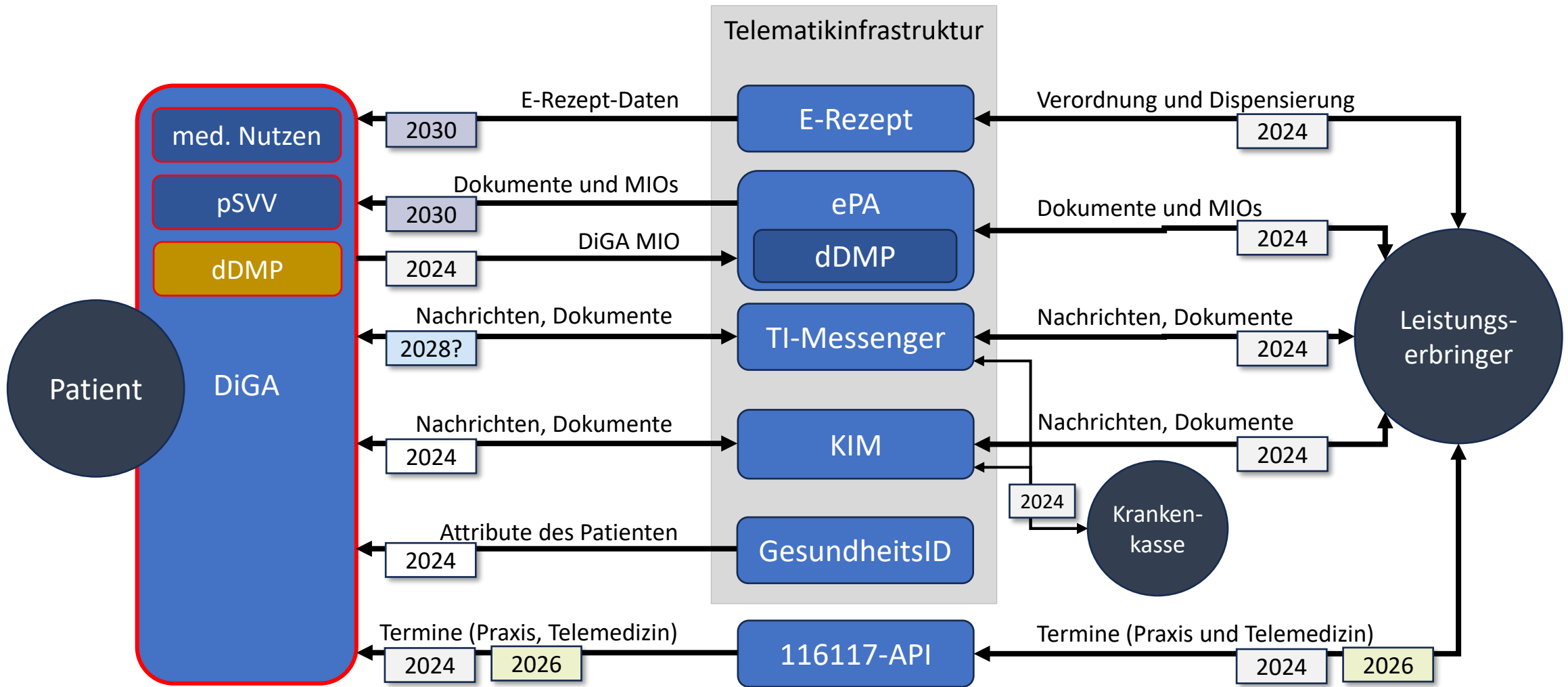
Zugänge für Ärzte und Patienten



Richtung der Pfeile = Richtung des Datenflusses



Richtung der Pfeile = Richtung des Datenflusses; rote Pfeile = digitale Funktionen auch ohne Patientenkontext nutzbar



Richtung der Pfeile = Richtung des Datenflusses

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 VersorgungLeitlinie Typ-2-Diabetes. Version 3.0, 2023.* AWMF-Registernummer: nvl-001

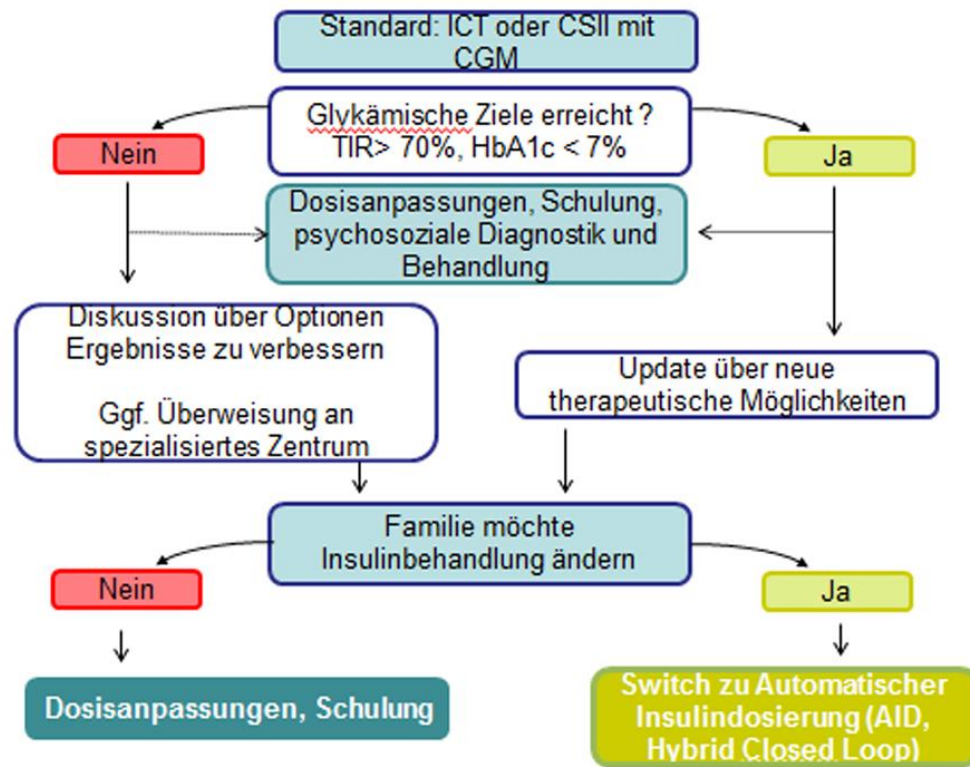


Steuerpunkt = Es gibt Optionen mit Vor- und Nachteilen, zwischen denen die verschiedenen Akteure entscheiden können.

Insb. auch **digitale Optionen**

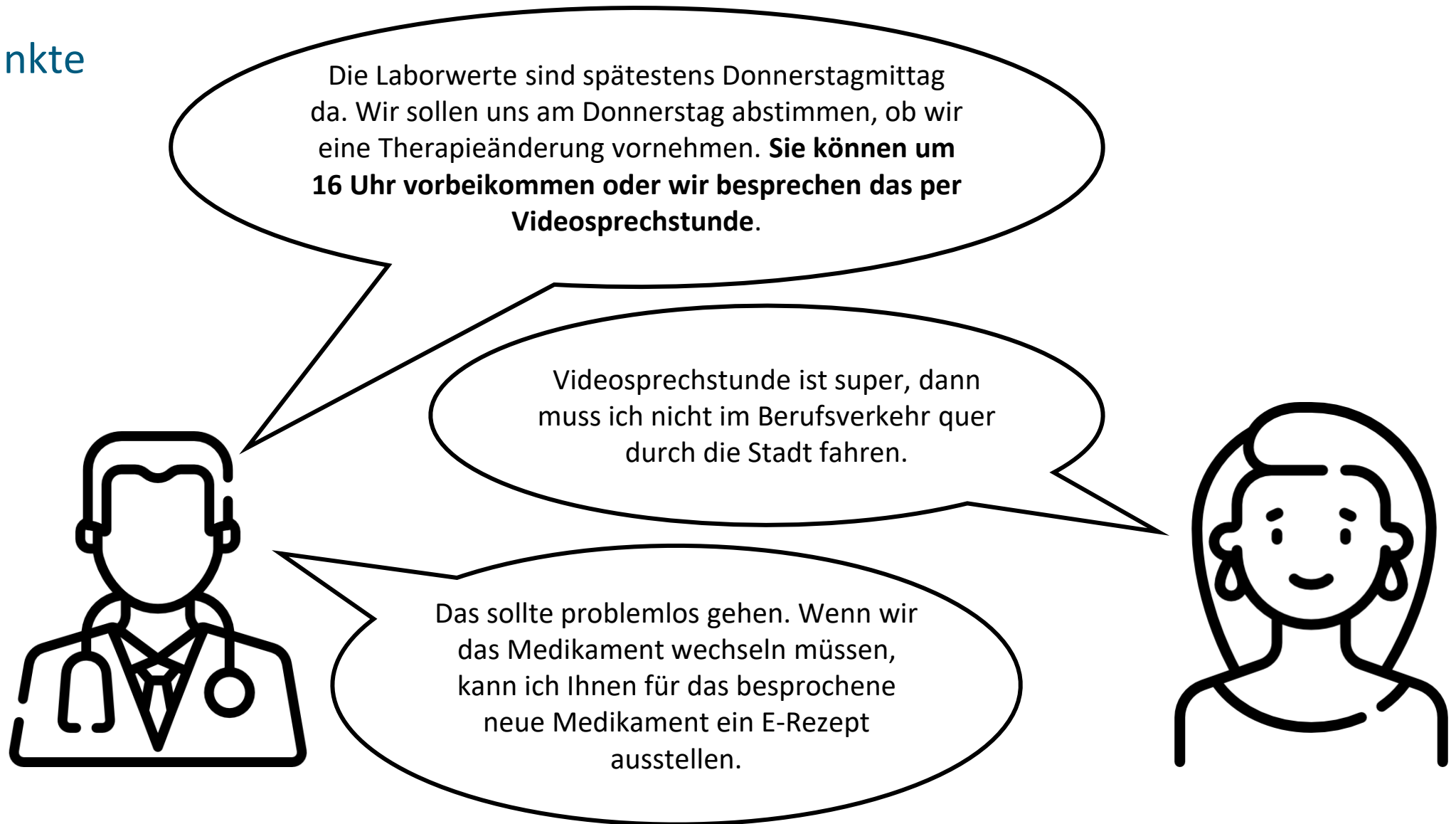
Steuerpunkte im Großen

Abbildung 2: Prinzipien des Vorgehens der Insulintherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Typ-1-Diabetes in Analogie zu den Empfehlungen des Vorgehens bei Erwachsenen [Holt 2021]



Aus: Deutsche Diabetes Gesellschaft: S3-
Leitlinie Diagnostik, Therapie und
Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im
Kindes- und Jugendalter. AWMF-
Registernummer: 057-016 Version 4, 2023

Steuerpunkte



Steuerpunkte



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



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

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

Telemedizin-Start-up weitet textbasierten Dienst auf pädiatrische Primärversorgung aus

Das Telemedizin-Start-up Summer Health hat seinen textbasierten Service auf die Primärversorgung von Kindern ausgeweitet. Für 20 US-Dollar pro Monat oder 192 US-Dollar pro Jahr bietet das Unternehmen unbegrenzten Zugang zu medizinischen Fachkräften, Schlaf-, Still- und Ernährungsberatern, die jeder Familie zugewiesen werden. Der neue Service „Everyday Care“ ermöglicht es Eltern, rund um die Uhr per SMS mit Kinderärzten und Experten in Kontakt zu treten.

lass ich bei
ker- und
lindosis um
soll.

as eLearning-
betes und
s mir mein
en hatte.

[Fierce Healthcare](#) ▶

Digital Health News vom 22.11.2023

Ich frage ChatGPT

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

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

miro | dDMP Steuerpunkte (offen) | [Menu] [Share] [Search]

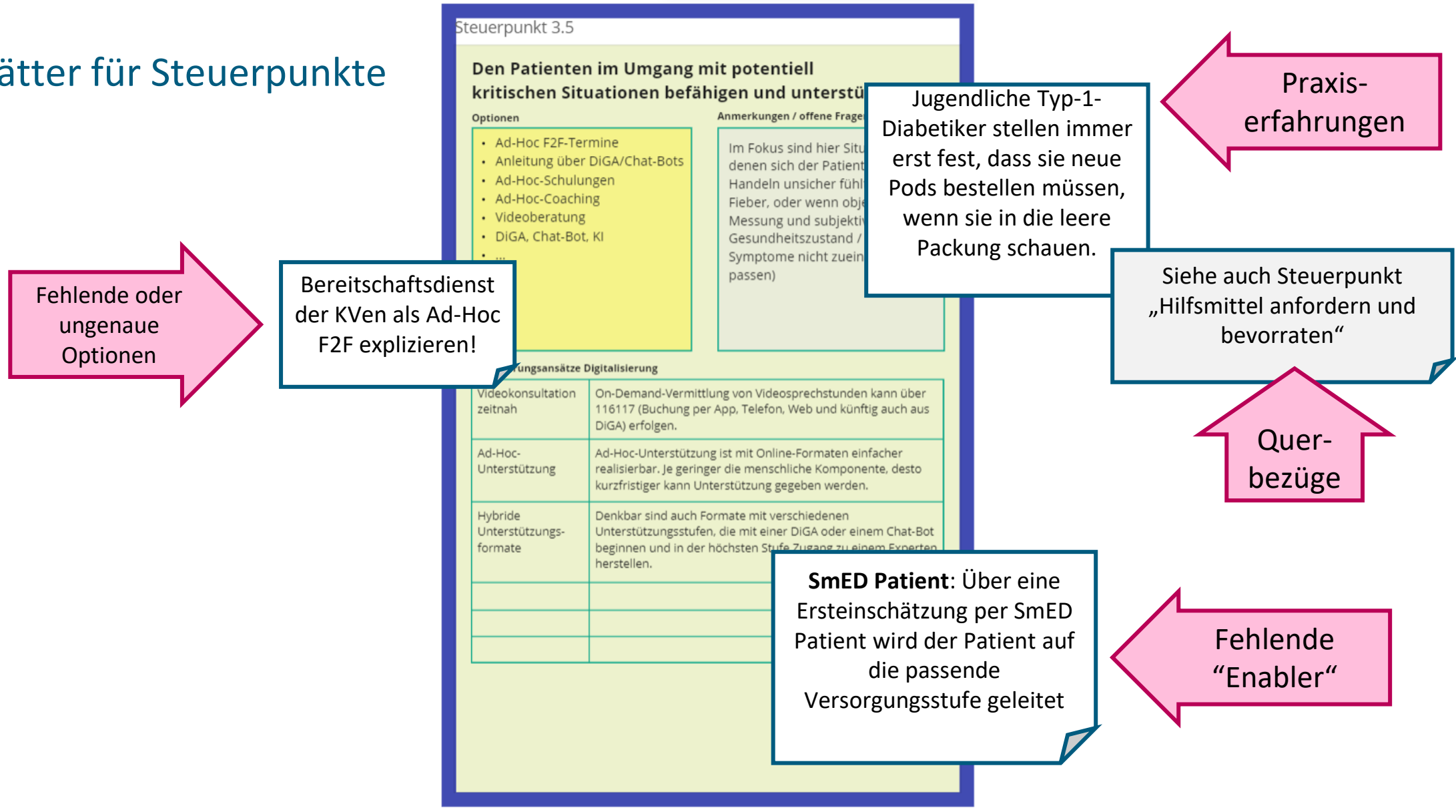
[Navigation icons]

Agenda | Impulsvorträge | Einführung zu Steuer... | **Steuerpunkte (komplette Liste)** | Workshop Steuerpunkte Plenum | Übergreifende Erke...

Workshop Steuerpunkte Gruppe BLAU

[Zoom: 4%] [Page: 2/8] [Help]

Miro-Blätter für Steuerpunkte



Im Projekt exemplarisch ausgearbeitete Steuerpunkte

Therapieplanung und -steuerung (strategisch)

- Therapieziele festlegen
- Eskalationswege bei drohendem Nicht-Erreichen der Therapieziele vorsehen
- Folgeerkrankungen erkennen und vermeiden
- Regeltermine zwischen Patienten und koordinierendem Arzt vereinbaren und durchführen
- Psychosoziale Beratung und Intervention anbieten und durchführen
- Engmaschigere Betreuung bedarfsbezogen anbieten
- Telemedizinische Überwachung bedarfsbezogen anbieten und durchführen
- Fachliche Unterstützung des koordinierenden Arztes sicherstellen

Therapiedurchführung und -begleitung (operativ)

- Vorgaben zum Selbstmanagement festlegen
- Verfahren zur Anpassung der Therapie festlegen
- Patient im Umgang mit Unter-/Überzuckerungen befähigen und unterstützen
- Führen (und Würdigen) eines therapiespezifischen Tagebuchs
- Patient in kritischen/neuen Situationen unterstützen
- Gesundheitswissen erwerben und vertiefen

Partizipation, Motivation

- Therapietreue herstellen und aufrechterhalten
- Erwartungen und Zufriedenheit des Patienten in die Behandlung einbeziehen
- Lebensstiländerung in Bezug auf Ernährung und/oder Bewegung unterstützen
- Patient bei der Rauchentwöhnung unterstützen
- Inklusion und Teilhabe sicherstellen
- Feedback zur Compliance und zum Therapiefortschritt an den Patienten geben

Entscheidungsbedarf:**Wie wird der Patient im Umgang mit Unter/Überzuckerungen befähigt und unterstützt?****Optionen**

- Anlassbezogener Kontakt zu einem Arzt oder Diabetesberater (z.B. per Videosprechstunde mit einem Bereitschaftsarzt)
- Kurzzeitiges telemedizinisches Monitoring zur Überwachung der Entwicklung des Blutzuckers oder anderer Werte des Patienten
- Kurzzeitiges, begleitendes Ad-Hoc-Coaching oder Ad-Hoc-Schulungen (auch niederschwellig per Chat)
- Hotlines des KV-Systems und der Krankenkassen für Beratung und Unterstützung in Akutsituationen
- Zugang zu Diabetesberatern über eine therapiebegleitende DiGA

mögliche digitale Begleitfunktionen und -instrumente

- Chat für die Umsetzung einer telemedizinischen Begleitung durch einen Arzt oder Diabetesassistenten
- 116117-API gemäß § 370a SGBV für Suche und Buchung anlassbezogener, kurzfristiger Unterstützung durch Arzt oder Diabetesberater
- Kommunikationsmittel der TI (ePA, KIM, TIM) zur Bereitstellung von Daten zum Patienten und seinen aktuellen Werten.
- Ersteinschätzungsverfahren zur Bewertung der Situation und zur rechtzeitigen Einbeziehung von professioneller Unterstützung
- Tagebuch zur Reflektion und Dokumentation, um aus der Situation zu lernen und bei erneutem Auftreten des Problems zu wissen, was zu tun ist

Entscheidungsbedarf:

Wie wird der Patient im Umgang mit Unter/Überzuckerungen befähigt und unterstützt?

Optimierungsansätze für den Therapieablauf durch Digitalisierung

- Eine On-Demand-Vermittlung von Videosprechstunden, Ad-Hoc-Coaching und anderen Betreuungsformaten kann über die 116117-Angebote des KV-Systems (per App, Telefon, Web und künftig auch aus DiGA) erfolgen.
 - Ad-Hoc-Unterstützung ist mit Online-Formaten einfacher realisierbar als in Präsenz. Je geringer die Abhängigkeit von Ort und Zeit, desto kurzfristiger kann Unterstützung gegeben werden.
- Bei der digital realisierten Ad-Hoc-Unterstützung sind auch hybride Unterstützungsformate und gestufte Formate möglich: Der Einstieg erfolgt über die DiGA oder einen Chat-Bot, in der nächsten Stufe erfolgt die Weiterleitung an einen Diabetesberater, und in der höchsten Eskalationsstufe wird der Kontakt zu einem Diabetologen hergestellt. Über eine Ersteinschätzung per SmED Patient kann je nach Problem auch eine direkte Einsteuerung in die richtige Eskalationsstufe erfolgen.

Weitere Anmerkungen aus den DiGA.Pro Experten-Workshops

- Ausnahmesituationen treten immer wieder einmal auf. Wichtig ist, dass beim Patienten nicht der Eindruck entsteht, dass er seinen Diabetes nicht beherrschen kann. Die gegebene Unterstützung muss immer auch darauf hinwirken, das Vertrauen des Patienten in seine Fähigkeit zum Selbstmanagement zu erhalten.

Konsolidierung am Beispiel asynchrone Kommunikation

Asynchrone Benachrichtigung vom Arzt an den Patienten

- ... für Erinnerungsfunktionen (Medikamente, Tagebuch, Termine, etc.) (SP-3.6)
- ... zur Motivation und Bestärkung (SP-3.6), insbesondere auch durch regelmäßige Hinweise des Arztes auf Erfolge und Verbesserungspotentiale (SP-5.3)
- ... zur Rückkopplung zu Aktivitäten und Ergebnissen des Selbstmanagements (SP-3.6) einschließlich des Ernährungsverhaltens, körperlicher Aktivitäten und Rauchen (SP-2.1)

Benachrichtigungen sind in Abgrenzung zu der in der nächsten Zeile betrachteten asynchronen Kommunikation von ihrem Charakter her unidirektional; d.h. der Arzt oder die Praxis schickt eine Benachrichtigung an den Patienten, und damit endet die Kommunikationssitzung. Dies entspricht der Funktionalität, die auf mobilen Geräten über Push-Benachrichtigungen gegeben ist.

Der **TI-Messenger** unterstützt Push-Benachrichtigungen, die in den aufgeführten Umsetzungen arztseitig in einem IT-System des Arztes ausgelöst werden und beim Patienten auf dem mobilen Endgerät angezeigt werden.

Alle links aufgeführten Beispiele können über in einer IT-Anwendung des Arztes automatisiert generierte und ausgelöste TIM-Push-Benachrichtigungen an den Patienten umgesetzt werden.

Asynchrone Kommunikation zwischen Arzt/Gehilfen und Patient

... zur Intervention per asynchroner Telemedizin, z.B. Änderung von Therapieparametern (SP-1.6, SP-1.7)

... als Chat zur Therapiebegleitung (SP-1.6, SP-1.7, SP-3.3, SP-3.5), z.B. zur Absprache von Therapieanpassungen (SP-3.2)

... als Chat zur Unterstützung des angeleiteten Handelns des Patienten (SP-3.2, SP-3.6) oder für kurzzeitiges, begleitendes Ad-Hoc-Coaching (auch 24/7) (SP-3.2, SP-3.3, SP-3.5, SP-2.5)

... zur angeleiteten/überwachten Diät durch einen Ernährungsberater (SP-3.6)

... zur Motivation und Bestärkung (SP-3.6)

... zur Rückkopplung zu Aktivitäten und Ergebnissen des Selbstmanagements (SP-3.6), insbesondere auch zum Ernährungsverhalten, zu körperlichen Aktivitäten und zum Rauchen (SP-2.1, SP-2.3)

... für regelmäßige Hinweise des Arztes auf Erfolge und Verbesserungspotentiale (SP-5.3)

... zur Ad-Hoc-Kommunikation in psychischen Krisensituationen mit besonderem Motivationsbedarf (SP-3.6)

... für Rückmeldungen des Patienten zu Therapieverlauf und -zufriedenheit an den Arzt (SP-1.2)

Die links aufgeführten digitalen Umsetzungen bilden Formen der Begleitung des Patienten durch einen Arzt, Psychotherapeuten, Diabetesberater, Ernährungsberater, etc. mittels interaktiv ausgetauschter Textnachrichten und angefügter Daten ab. Die Kommunikation wird in den aufgeführten Fällen typischerweise durch den Arzt initiiert. Die TI sieht für diese Szenarien die **Chat-Funktion des TI-Messengers** vor, der arztseitig in IT-Systemen des Arztes und patientenseitig in ePA-App und DiGA integriert werden kann.

Die links aufgeführten digitalen Umsetzungen sind über Benachrichtigungen (siehe oben) realisierbar, können aber auch interaktiv ausgestaltet werden.

Die Umsetzung erfolgt auch hier über den **TI-Messenger**, der arztseitig in IT-Systemen des Arztes und patientenseitig in ePA-App und DiGA integriert werden kann.

Alle links aufgeführten Beispiele können über in einer IT-Anwendung des Arztes automatisiert generierte und ausgelöste TIM-Nachrichten oder TIM-Push-Benachrichtigungen an den Patienten umgesetzt werden.

Grundsätzlich gilt für diese Umsetzung das für die anderen über asynchrone Kommunikation mit dem TI-Messenger realisierbaren Umsetzungen Geschriebene. Die Besonderheit ist, dass hier die Interaktion typischerweise durch den Patienten initiiert wird. **Die vorliegenden Konzepte zum TI-Messenger sehen dieses nicht vor**, so dass über einen anderen Mechanismus der Arzt darauf hingewiesen werden muss, dass patientenseitig ein Kommunikationsbedarf besteht. Bei Nutzung einer DiGA als dezentrales System des Patienten kann dieses über **KIM** erfolgen.

Referenzierung von DiGA über Ziele und Wege

DiGA zur Erreichung von Therapiezielen durch therapiebegleitende Maßnahmen

- **Führen eines therapiespezifischen, digitalen Tagebuchs**
 - ... einschließlich der Übernahme, Visualisierung und Auswertung von Daten aus Hilfsmitteln
 - ... einschließlich der Sichtbarmachung von Zusammenhängen zwischen eigenem Handeln und Therapieergebnissen
 - ... einschließlich der Dokumentation der Behandlung aus der Sicht des Patienten
- **Überwachung der Therapieausführung durch Bewertung der Erreichung von Therapiezielen anhand geeigneter Indikatoren**

DiGA zur Prävention und/oder Intervention von/bei Begleit- und Folgeerkrankungen

- **Sekundär- und/oder Tertiärprävention bei Patienten mit erkannten Risiken oder einsetzenden Symptomen**
- **Unterstützung bei psychosozialen Problemen (z.B. mit kognitiver Verhaltenstherapie)**

Dr. Jörg Caumanns // _fbeta GmbH

Digitales DMP Diabetes

Eskalationshierarchien und der Weg zum ersten Patienten

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Versorgung

Technik

Stärken und Schwächen der bestehenden DMP
Diabetes

WS-1
SWOT

Chancen und Risiken von Digitalisierung im
Gesundheitswesen

Digitale Bausteine

Bestandsaufnahme: Nationale eHealth
Infrastruktur 2024/2026/2028/2030

Anknüpfungspunkte für digitale Umsetzungen

WS-2
Steuerpunkte

Digitale Umsetzungen

Konsolidierung des digitalen Optionsraums

Integration in Versorgungsstrukturen

WS-3
Eskalationshierarchien

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

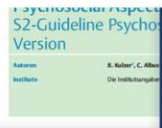
Donnerstag, 7. Februar 2019

f x X in Newsletter abonnieren Zur Startseite



Presse Patienten Kontakt Login Mitgliedschaft

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



Diabetologie und Stoffwechsel Supplement

Diabetologie und Stoffwechsel Supplement

Körperliche Aktivität und Sport bei Typ-2-Diabetes

Physical Activity and Sports in Patients With

Startseite > Behandlung & Leitlinien

Leitlinien

Leitlinien & Praxisempfehlungen

Medizinischer Fortschritt findet durch Leitlinienaktualisierungen statt. Wir engagieren uns durch die Festlegung medizinischer Standards, die Veröffentlichung eigener Leitlinien, der Beteiligung an der Erstellung von Leitlinien anderer Fachgesellschaften und der Erstellung üblich.

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.

In einer Gesellschaft mit steigender Lebenserwartung und wachsender Komplexität der Versorgung sind die Bedürfnisse der Patienten und der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

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 unterstützen 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 umfassendes erweitertes Disease Management miteinbezieht.

BMC Managed Care Die Plattform für Innovationen im Gesundheitswesen

publiziert bei NL NATIONALE VERSORGUNGS LEITLINIEN

Nationale VersorgungsLeitlinie

Typ-2-Diabetes

Langfassung

Träger:
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

© 2023 NVL-Programm

Version 3.0
AWMF-Registar-Nr. mfd 001

Leitliniensynopse für die Aktualisierung des DMP Diabetes mellitus Typ 1

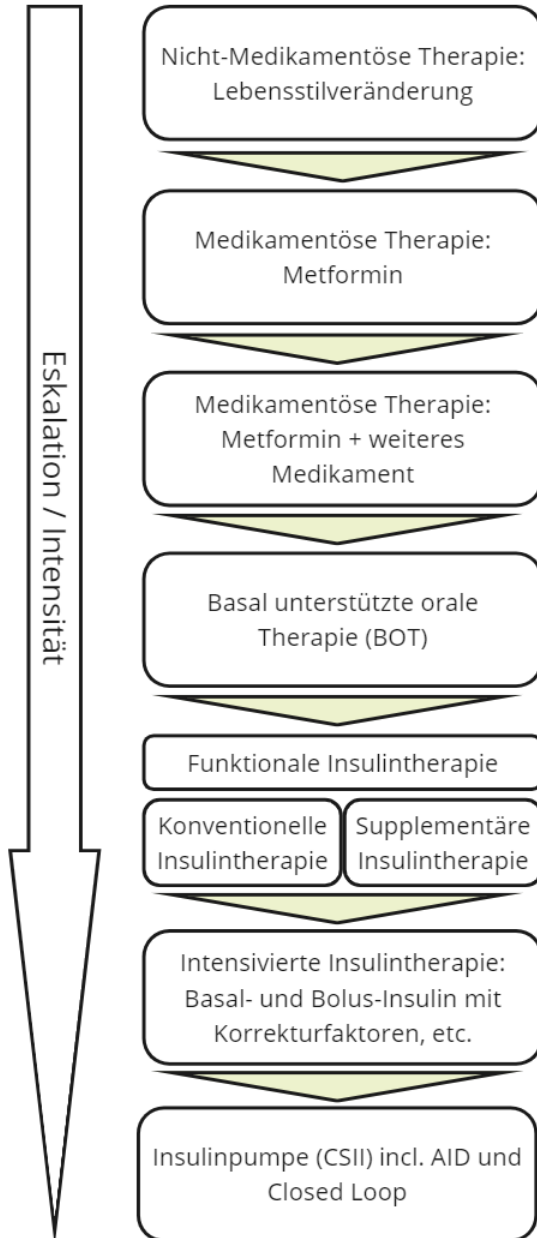
ABSCHLUSSBERICHT

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



aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

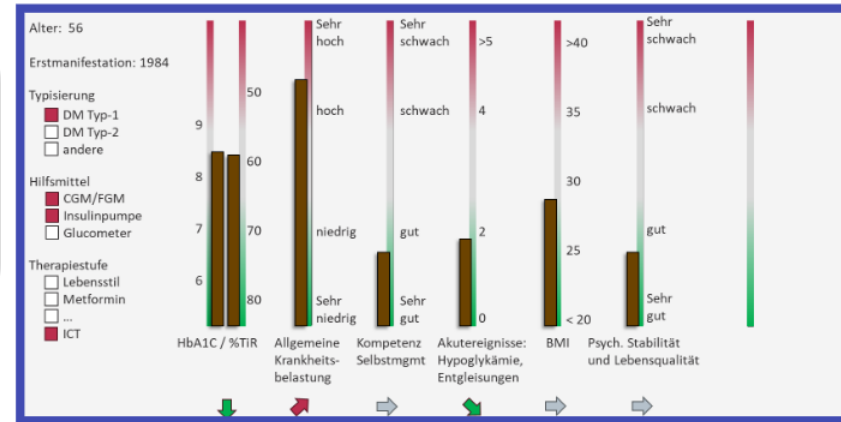
Eskalationshierarchien



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

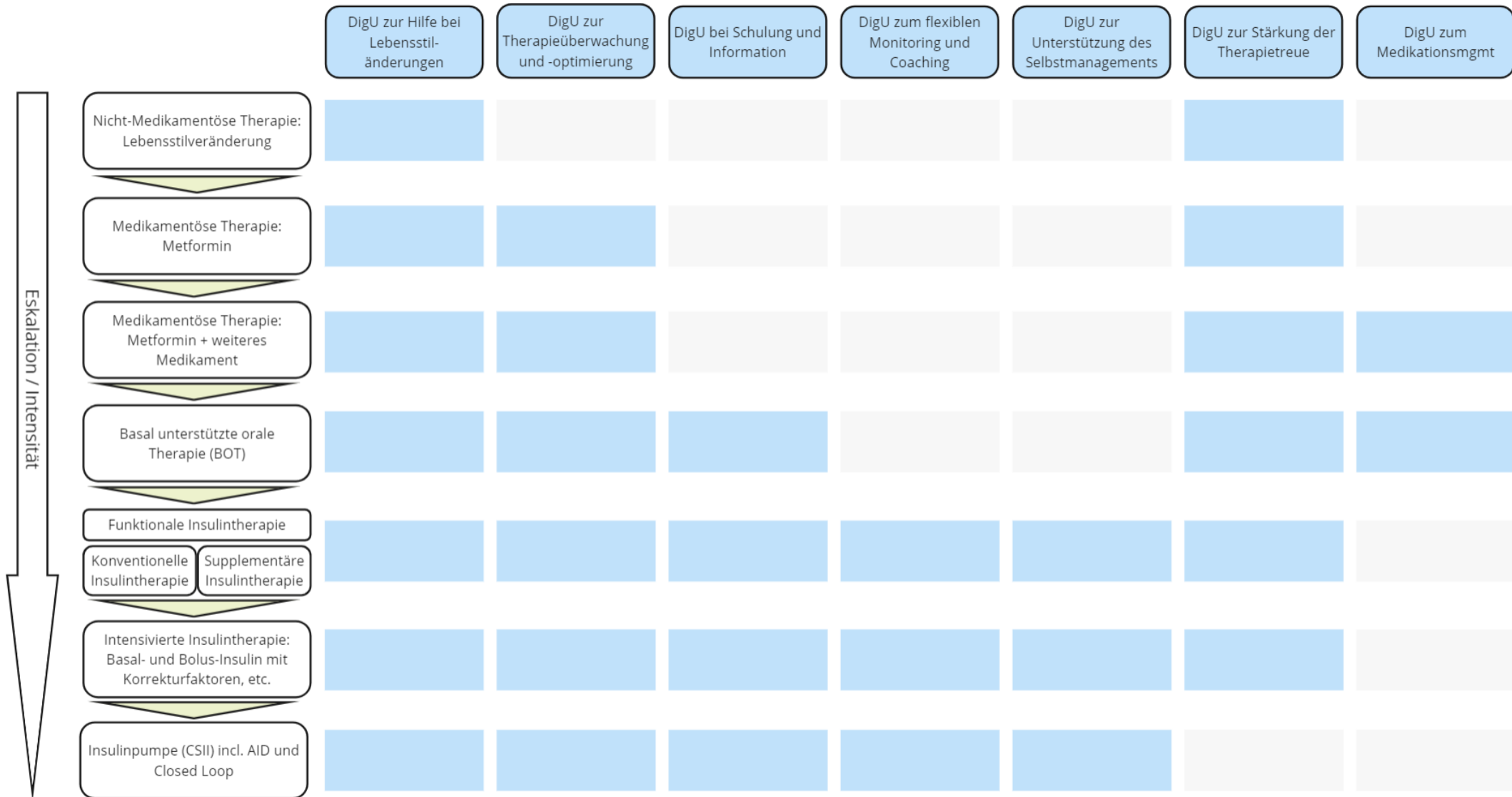
Bei Patient*innen mit mehreren Risikofaktoren für das Auftreten eines renalen oder kardiovaskulären Ereignisses [...] gibt es Gründe für [...] für eine sofortige Kombinationstherapie.

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

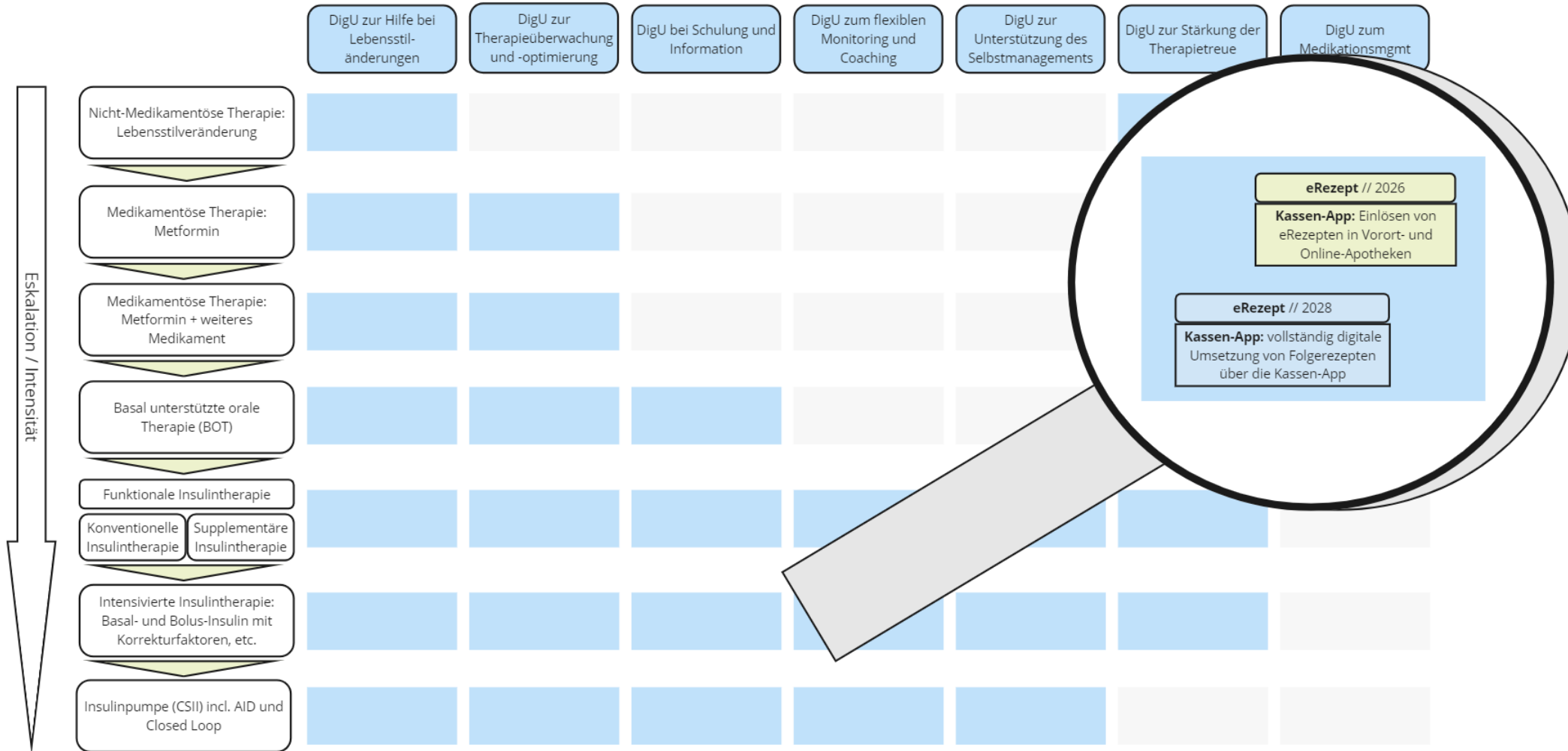


Exkurs: Fallgruppen

Auswahl von DigU entlang eines Merkmals (Therapieform)



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	■	■	■	■	■	■	■
Fallgruppe-2	■	■	■	■	■	■	■
Fallgruppe-3	■	■	■	■	■	■	■
Fallgruppe-4	■	■	■	■	■	■	■

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)

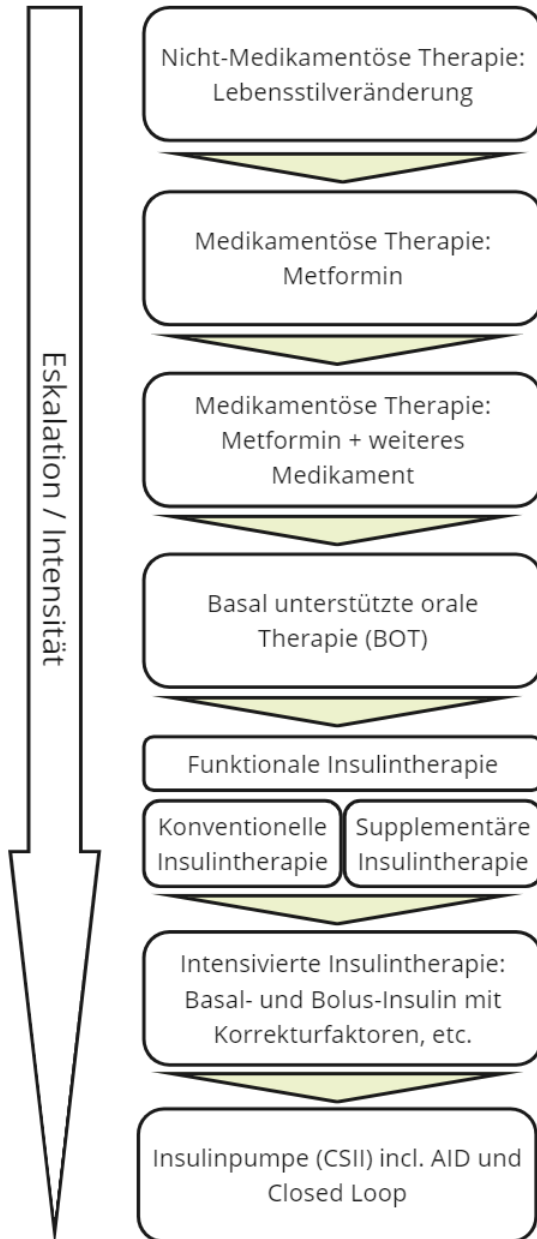
- schematische, für den Patienten einfach umsetzbare Therapie
- "Routinepatient" mit geringen Risiken für Entgleisungen und andere Akut-Probleme

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 (Insulin)			■	■	■			
Fallgruppe-2 (multimorbid)		■						
Fallgruppe-3 (Lebensstil)	■			■		■		
Fallgruppe-4 (Medikation)	■	■		■		■	■	

Eskalationshierarchien

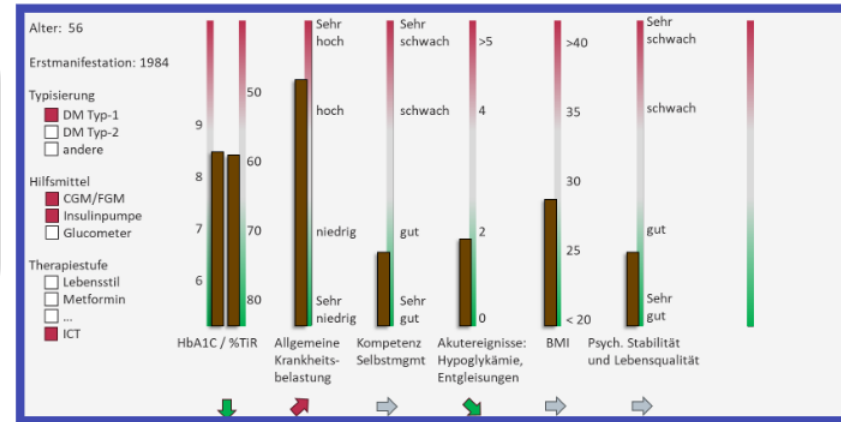
Eskalationshierarchien



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/>

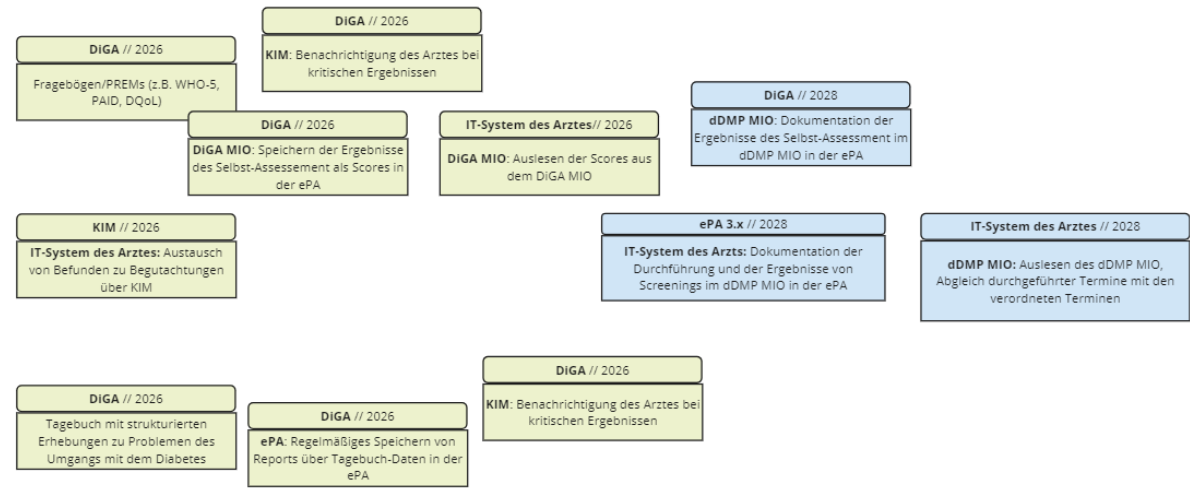
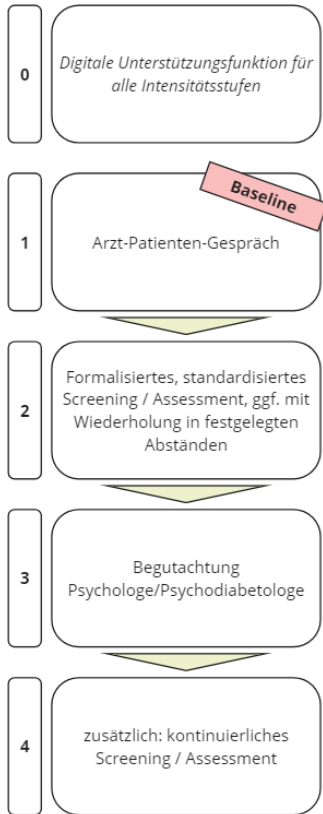
Beispiel: Eskalationshierarchie „Psychologische Unterstützung“

Psychologische Unterstützung (alle Fallgruppen)		
Stufe	Intensität der Unterstützung	DigU
1	keine Aktivität	<p><i>keine spezifische DigU für diese Stufe</i></p> <p>Diese Stufe ist die Baseline für alle Fallgruppen.</p>
2/3	Einbeziehung Psychodiabetologe in Regeltermine	<p>In vom koordinierenden Arzt festzulegender Frequenz erfolgt eine Einbeziehung eines Psychodiabetologen oder Psychotherapeuten in die regulären Kontrolltermine. Hierzu wird ein Video-Konsil bzw. eine Video-Sprechstunde genutzt, die technisch ab 2028 über TIM VideoCall aus einem IT-System der Arztpraxis heraus durchführbar ist. Die "Zubuchung" des Psychodiabetologen oder Psychotherapeuten erfolgt aus einem IT-System des Arztes heraus über das 116117-API der KBV.</p>
2/3	DiGA (z. B. zur kognitiven Verhaltenstherapie)	<p>Sofern für die spezifische Problemstellung des Patienten eine DiGA gelistet ist, kann diese dem Patienten verordnet werden.</p>
4	zeitlich begrenzte Psychotherapie	<p><i>keine spezifische DigU für diese Stufe</i></p> <p>Der Patient soll auf die Möglichkeit hingewiesen werden, dass eine Psychotherapie ganz oder in Teilen auch virtuell (d.h. per Video-Call) durchgeführt werden kann.</p>
5	psychologische (Mit)Behandlung	<p><i>keine spezifische DigU für diese Stufe</i></p> <p>Für die ggf. erforderliche Abstimmungen zwischen koordinierendem und mitbehandelndem Arzt kann ein Video-Konsil über TIM VideoCall eingesetzt werden.</p>

Diskussion der Digitalen Umsetzungen

Vermeidung psychischer Folgeerkrankungen

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



Im Projekt exemplarisch ausgearbeitete Eskalationshierarchien

Therapieplanung und -steuerung (strategisches Therapiemanagement)

- Körperliche Folgeerkrankungen erkennen und vermeiden
- Psychische Folgeerkrankungen erkennen
- Psychosoziale Beratung und Intervention anbieten und durchführen
- Erkennen und Vermeiden einer drohenden Insulinpflichtigkeit

Therapiedurchführung und -begleitung (operatives Therapiemanagement)

- Professionelle Begleitung

Partizipation, Motivation

- Therapietreue herstellen und aufrechterhalten
- Unterstützung bei Lebensstilveränderungen

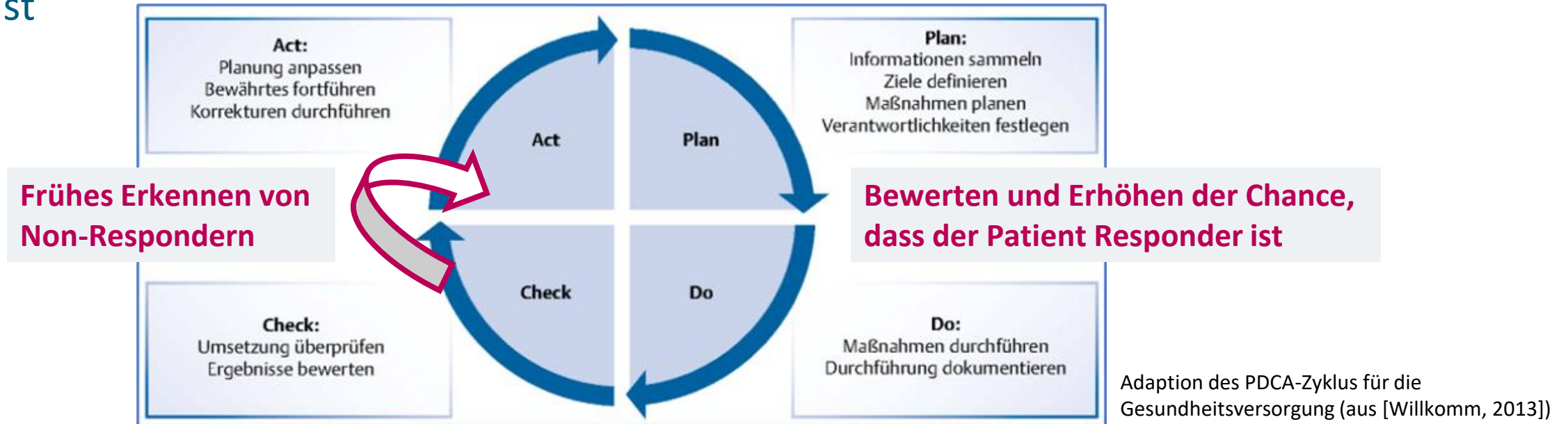
Beispiel: Eskalationshierarchie „Screening psychische Folgeerkrankungen“

Erkennen von Risiken für depressive Störungen und andere psychische Komorbiditäten (alle Fallgruppen)		
Stufe	Intensität der Unterstützung	Digitale Umsetzung (DigU)
1	Arzt-Patienten-Gespräch	keine spezifische DigU für diese Stufe Fragen zur emotionalen Belastung und Schwierigkeiten des Lebens mit Diabetes sind regelhafter Gegenstand des Arzt-Patienten-Gesprächs in den regelmäßigen Kontrollterminen (z. B. per Zwei-Fragen-Test (PHQ-2)). Diese Stufe bildet die Baseline für alle analysierten Fallgruppen.
2	Formalisiertes, standardisiertes Screening / Assessment, ggf. mit Wiederholung in festgelegten Abständen	Ein Screening kann per DiGA anhand eines standardisierten Fragebogens erfolgen, wobei die Auswahl des Fragebogens in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen erfolgen kann. Bevorzugt sollen dediziert auf das Depressions-Screening ausgerichtete Fragebögen verwendet werden. Die Ergebnisse sollen als Score in der dDMP-ePA-Anwendung dokumentiert werden. Anlassbezogen kann eine Übermittlung der Ergebnisse aus der DiGA an den koordinierenden Arzt via KIM erfolgen.
3	Begutachtung Psychologe/Psychodiabetologe	keine spezifische DigU für diese Stufe Der Befund zur Begutachtung soll durch den Psychologen als Dokument im Dokumentenspeicher der ePA abgelegt werden. Die Durchführung der Begutachtung soll in der dDMP-ePA-Anwendung dokumentiert werden.
4	zusätzlich: kontinuierliches Screening / Assessment	Das kontinuierliche Screening erfolgt per DiGA , z. B. über ein Tagebuch, das Aspekte der emotionalen Belastung und Schwierigkeiten des Lebens mit Diabetes erfasst. Die DiGA nimmt Auswertungen auf den erfassten Daten vor, die als verdichtete Screeningdaten entweder regelhaft oder anlassbezogen über festgelegte Kommunikationswege (z. B. dDMP-ePA-Anwendung oder KIM) an den koordinierenden Arzt übermittelt werden.

Vermeiden einer drohenden Insulinpflichtigkeit bei schlechter Therapieeinstellung/umsetzung (Fallgruppe-4)

Stufe	Intensität der Unterstützung	Digitale Umsetzung (DigU)
	<i>Digitale Unterstützungs- funktionen für alle Intensitätsstufen</i>	Der koordinierende Arzt stellt für den Patienten einen elektronischen Medikationsplan aus und pflegt diesen. Der Patient kann den aktuellen Plan jederzeit über seine ePA-App oder eine genutzte DiGA abrufen und auf Wunsch auch ausdrucken. Anzeige und Ausdruck sollten mehrsprachig erfolgen können.
1	Arzt-Patienten- Gespräch	Im regelhaften Kontrolltermin versucht der Arzt zusammen mit dem Patient und unter Einbeziehung der vorliegenden Daten die spezifischen Probleme und Hürden zu identifizieren, die zu einer Verschlechterung der für die Zielerreichung betrachteten Indikatoren führen. Auf die identifizierten Ursachen abgestimmte Maßnahmen werden verabredet, als Plan formuliert und dem Patienten in seine elektronische Patientenakte (Dokumentenakte) eingestellt.
2	Führen eines therapie- spezifischen, digitalen Tagebuchs (DiGA)	Für eine intensivierete Analyse von Ursachen und/oder eine intensivierete Begleitung der verabredeten Maßnahmen nutzt der Patient eine DiGA , die ihm eine Dokumentation von mit dem Arzt abgestimmten Aktivitäten und Ereignissen in Form eines Tagebuchs erlaubt. Der Patient übermittelt in vorgegeben Abständen durch die DiGA erzeugte Reports über die Patientenakte (Dokumentenakte) oder KIM an den koordinierenden Arzt.
3	zusätzlich zu Stufe-2: DiGA (ggf. mit Hilfsmittel) zur vertieften Analyse	Stufe-3 greift nur, sofern in Stufe-2 die Hemmnisse oder Wirkzusammenhänge nicht ausreichend erfasst oder verstanden werden konnten. Ansonsten erfolgt direkt eine Eskalation auf Stufe-4. Der koordinierende Arzt verordnet eine DiGA , die durch Erfassung und Auswertung von zusätzlichen Daten eine personalisierte Analyse und Therapie unterstützt. Hierbei können auch Hilfsmittel wie z.B. die zeitlich befristete Anwendung eines rtCGM oder von Vitaldatensensoren zur Erfassung der patientenindividuellen Reaktion auf bestimmte Aktivitäten zu erfassen und hieraus Handlungsoptionen abzuleiten.
4	Alternativ oder zusätzlich zu Stufe-3: aktive Begleitung	Es erfolgt eine aktive Begleitung (Coaching) durch den koordinierenden Arzt und/oder eine Diabetesberater. Diese wird über den TI-Messenger realisiert und kann alle Formen von Benachrichtigungen und arztinitiiertes asynchroner Kommunikation bis hin zu VideoCalls umfassen.

Fail Fast

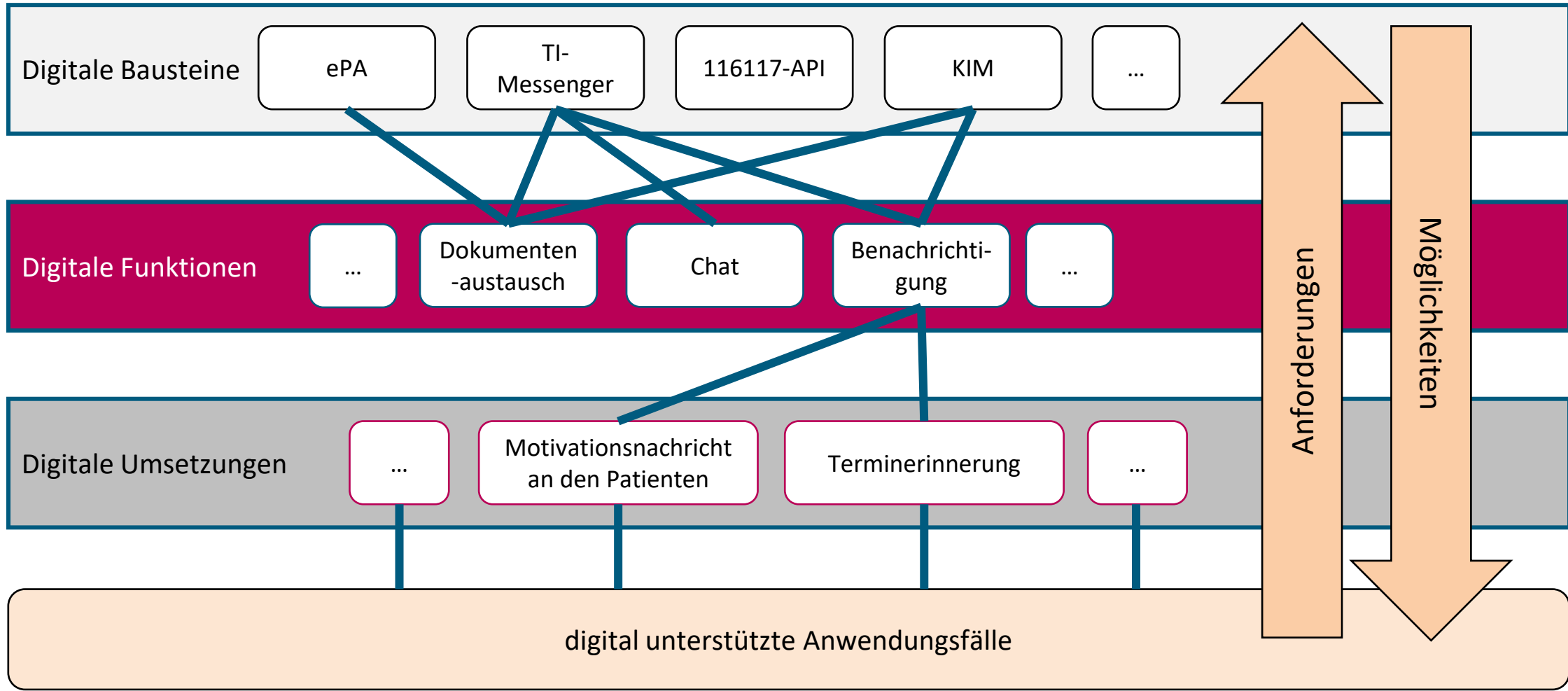


Wesentlich ist, sowohl unter Wirtschaftlichkeits- als auch unter Versorgungsgesichtspunkten, dass bei einem erkannten Non-Responder für eine digitale Umsetzung eine schnelle Gegensteuerung erfolgt („Fail Fast“).

In vielen Fällen wird dies der Abbruch der digitalen Umsetzung sein. Sofern zu dem Steuerpunkt weitere Umsetzungsoptionen existieren, kann deren Einsatz erwogen werden.

Die Killer-Anwendungen: TIM, 116117, dDMP-ePA-Anwendung

Digitale Bausteine



116117-API

Für das dDMP Diabetes erforderliche, grundlegende digitale Funktionen:

- Vermittlung der im § 370a SGB V explizit benannten Terminarten
- Terminsuche bei einem benannten Arzt (insb. der koordinierende Arzt)
- Suche nach einer benannten Leistung (z.B. Retinopathie-Screening) oder zumindest nach einer Fachrichtung

Für das dDMP Diabetes erforderliche digitale Funktionen einer **priorisierten Terminsuche und -buchung**:

- Priorisierte/konfigurierte Suche und Buchung anhand der Ergebnisse einer strukturierten Ersteinschätzung
- Priorisierte Vermittlung von Kontrollterminen und Screenings gemäß Einschätzung des koordinierenden Arztes
- Priorisierte Vergabe reservierter Terminslots an Patienten, die in einem definierten Betreuungsstatus dieses Arztes stehen

TI-Messenger

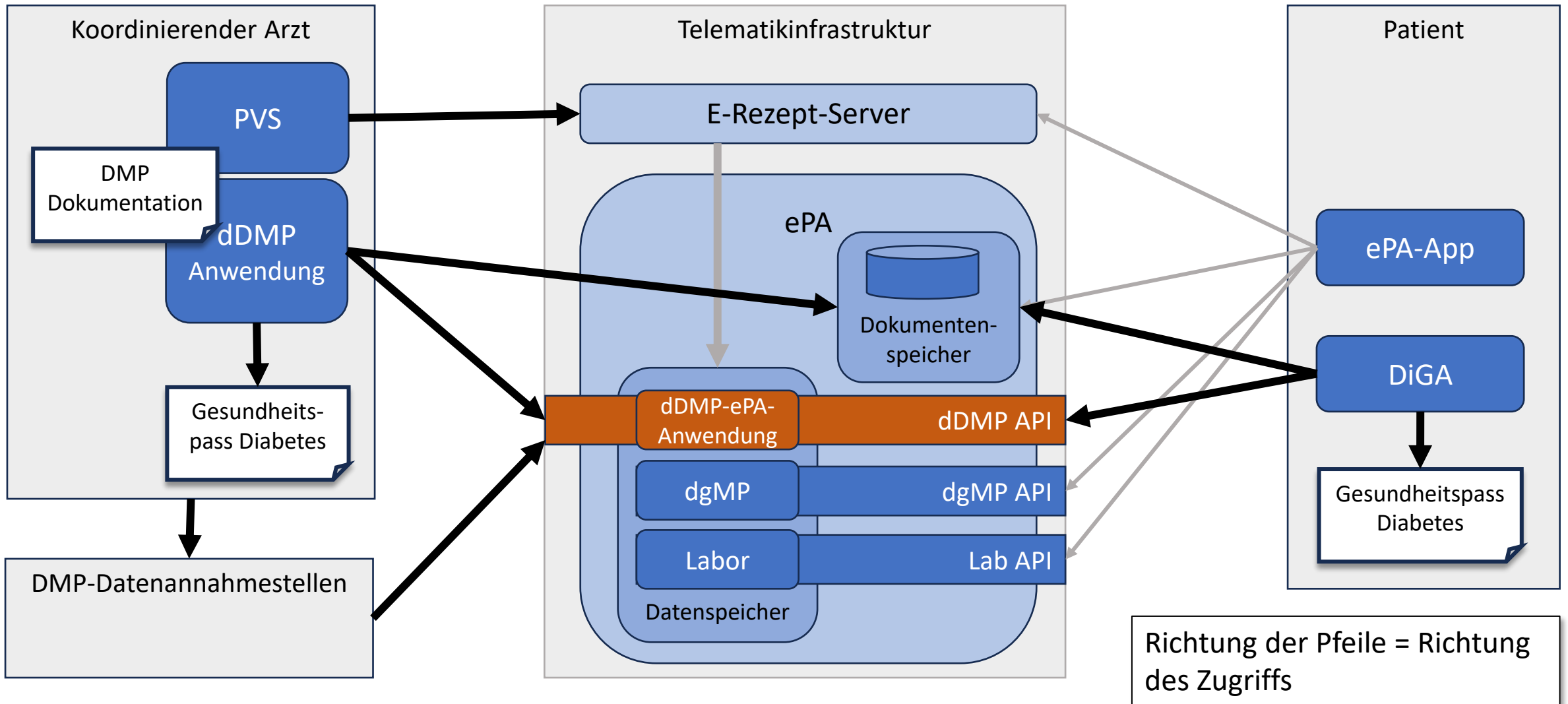
Für das dDMP Diabetes erforderliche digitale Funktionen:

- Aussenden von Push-Benachrichtigungen (Praxis -> Patient)
- Text-Chat (Arzt <-> Patient) (Arzt <-> Arzt)
- VideoCall (Arzt <-> Patient) (Arzt <-> Arzt)

Integration in die Zugangssysteme von Ärzten und Patienten

- Integrierte Ablaufsequenzen mit dem 116117-API

dDMP-ePA-Anwendung



dDMP-ePA-Anwendung („Fallakte“ des dDMP Diabetes)

Bis zur 2. Phase des dDMP (2028) erforderliche digitale Funktionen:

- Markierung und Filterung von dDMP-relevanten Dokumenten
- Einspielen von eDMP aus den Datenannahmestellen in die dDMP-ePA-Anwendung
- Einspielen von Scores, BZ-Tagebucheinträgen, etc. aus dem DiGA-Export in die dDMP-ePA-Anwendung (davor: Konsolidierung DiGA-MIO-Baukastens)
- Abrufbare Sichten „Daten zum Gesundheitspass Diabetes“ und „Daten zur DMP-Verlaufsdokumentation“

dDMP-ePA-Anwendung („Fallakte“ des dDMP Diabetes)

Weitere Funktionalitäten angebundener Anwendungen, die 2028 unterstützt werden müssen:

- Terminmanagement: Durch Abfrage der Termine der letzten durchgeführten Regeltermine und Screenings können IT-Systeme der Ärzte und ePA-App anhand hinterlegter Vorgaben aus den Leitlinien berechnen, wann die nächste Untersuchung ansteht.
- Visualisierung und Analyse von Daten zum Therapieverlauf: Über DiGA eingebrachte Blutzucker- und Vitaldaten können in IT-Systemen des Arztes verarbeitet werden
- Scores aus Selbsttests und Selbstbeobachtungen: Über DiGA eingebrachte Scores zu Selbsttests könne in IT-Systemen des Arztes für die Erkennung und Beobachtung von Folgeerkrankungen und zur Erkennung von Unterstützungsbedarf verarbeitet werden.
- Scores aus PREMs und PROMs: Über DiGA eingebrachte Daten aus PREMs und PROMs helfen dem Arzt, Präferenzen und Erwartungen des Patienten aufzunehmen und die Therapie zu personalisieren.
- Scores aus standardisierten Assessments: Daten aus in DiGA durchgeführten Assessments können im IT-System des Arztes verarbeitet werden, um den Arzt in Bezug auf das Risiko-Screening auf Folgeerkrankungen und bei der Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen zu unterstützen.

Es geht weiter!

Die Workshop-Reihe wird fortgesetzt

In Zusammenarbeit und mit Unterstützung der Bertelsmann Stiftung werden unsere Workshop-Reihe zum dDMP Diabetes fortführen. Ziel ist es, die erreichten Ergebnisse durch Fallstudien zu validieren und weiterzuführen. Hierbei sollen auch einzelne der in DiGA.Pro nur gestreiften Themen mit großem Potenzial wie z.B. PREMs und PROMs vertieft werden. Der Katalog digitaler Bausteine, Funktionen und Umsetzungen soll als Dashboard aufbereitet und fortgeschrieben werden.

Damit wir Sie zu diesen Veranstaltungen einladen können, müssen Sie sich registrieren: www.b-sti.org/dDMP-Diabetes

Kontakt

Dr. Jörg Caumanns
Partner_fbeta
joerg.caumanns@fbeta.de

Leiter Teilprojekt „digitales DMP“ im Projekt DiGA.Pro